Nr. 52. 23. grudnia 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Lek. Z. BIELIŃSKI, asyst. Zakładu. Lwów.
Dr. E. MICHAŁOWSKI, asyst. Kliniki.

O wpływie sztucznego obniżenia ciśnienia w miedniczce nerkowej na ilość wydzielanego moczu.

Z Zakładu Fizjologji U. J. K. (Kier. Doc. Dr. W. Tychowski) i z Kliniki Chirurgicznej U. J. K. (Dyr. Prof. Dr. T. Ostrowski).

Ilość wydzielonego moczu w ciągu doby wynosi u człowieka w normalnych warunkach około 1,5 litra. Istnieją jednak wahania dość znaczne w zależności od szeregu czynników. Przedewszystkiem istnieje zależność od stanu krążenia i własności krwi. Większa ilość płynów wprowadzona do organizmu rozwadnia krew, co prowadzi do zwiększonego wydzielania moczu, czyli do t. zw. poliurji. W warunkach prawidłowych zachodzi zatem zależność pomiędzy uwodnieniem ustroju, a ilością wydzielonego moczu. Jeżeli ta regulacja nie odbywa się w sposób prawidłowy, to świadczy to o zaburzeniach czynnościowych w przewodzie pokarmowym, w wątrobie, w płucach, lub też w samych nerkach.

W regulacji ilości wydzielonego moczu ważnym czynnikiem jest również skład jakościowy krwi. Dość wymienić cukromocz.

Wybitny wpływ na ilość wydzielanego moczu ma ciśnienie krwi (Ludwig). Początkowo przyjmowano, że wydzielanie jest proporcjonalne do wysokości ciśnienia tętniczego. Potwierdzają to spostrzegania kliniczne, stwierdzające, że ludzie, u których istnieje wysokie ciśnienie krwi, wydzielają większe ilości moczu od ilości prawidłowych. Przecięcie rdzenia u psa na wysokości wyjścia pierwszego korzonka piersiowego powoduje obniżenie ciśnienia tętniczego do poziomu poniżej 30 mm Hg, wskutek czego może nawet ustać wydzielanie. Drażnienie nerwu błędnego powoduje równolegle do spadku ciśnienia krwi, również obniżenie wydzielania moczu.

Przy dokładnej analizie opisanych faktów przekonano się, że rozstrzygające znaczenie ma nie bezwzględna wysokość ciśnienia tętniczego, ani też różnica pomiędzy t. zw. ciśnieniem maksymalnem a minimalnem (A. Martinat), lecz przedewszystkiem różnica pomiędzy ciśnieniem tętniczem, a ciśnieniem w żyle odprowadzającej krew z nerki. Zwiększenie oporu w krążeniu nerkowem może być wywołane przez zwężenie naczyń nerkowych, lub słabsze albo silniejsze zaczopowanie żyły. O ilości wydzielonego moczu rozstrzyga więc m. i. ilość krwi przepływającej przez nerki w jednostce czasu. Również lepkość krwi wpływa na wydzielanie nerkowe.

Wpływ układu nerwowego na moczenie nie ulega żadnej wątpliwości.

Zwiększenie wydzielania można uzyskać przez bardzo różnorodne działanie na układ nerwowy, jak np. klasyczne nakłucie komory czwartej (Claude Bernard), czy wyłuszczenie zwoju biodrowego *(ganglion iliacum)* (Klabs i Munk).

Wpływ niskiej ciepłoty polega prawdopodobnie również na działaniu za pośrednictwem naczyń krwionośnych. Wszelkie zaburzenia nerkowe odbijają się również wybitnie na ilości wydzielonego moczu. Na tym fakcie oparta jest t. zw. próba wodna, czyli poliurja eksperymentalna Albarana.

Dla szeregu substancyj wytwarzanych w organizmie, a wydzielanych przez nerki, istnieje t. zw. najwyższe stężenie *(concentratio maxima)*, t. j. to najwyższe stężenie danego ciała, jakie może być osiągnięte w moczu. To najwyższe stężenie wynosi np. dla mocznika 50:1000. Liczba ta dla chlorku sodu wynosi 25 g na 1000 g. Jeżeli zatem wprowadzi się do organizmu większą ilość mocznika lub soli, nerki zmuszone są do wydzielania zwiększonej ilości moczu, gdyż w wyższem stężeniu niż wymienione nie są już w stanie wydzielić tych substancyj.

W zaburzeniach czynnościowych nerek, względnie w schorzeniach o podłożu anatomicznem (np. *nephrosis interstitialis)*, zmniejsza się zdolność do zagęszczania, czyli nerki muszą dla wydzielenia tej samej ilości danej substancji wydzielić znacznie większą ilość moczu. Jest to więc poliurja, którą nazwaćby można kompensacyjną *(polyurie obligatoire* Heitz-Boyer, Moreno). Wszelka obniżka ilości wydzielonego moczu musiałaby doprowadzić do nagromadzenia się różnych substancyj, a m. i. i mocznika we krwi i do objawów azotemji przewlekłej.

Poza wymienionemi czynnikami wyraźny wpływ na regulację ilości wydzielanego moczu posiada wysokość ciśnienia panującego w drogach odprowadzających mocz. Dotychczasowe spostrzeżenia i badania dotyczące tego odnoszą się w pierwszym rzędzie do zwiększonego ciśnienia w drogach odprowadzających, wywołanego przeszkodami mechanicznemi.

W stanie normalnym w miedniczce i moczowodach, w których istnieje tylko t. zw. przestrzeń linijna, ciśnienie jest faktycznie równe zeru, gdyż równolegle do wydzielania, mocz zostaje odrazu odprowadzony do pęcherza. Zwiększenie ciśnienia w pęcherzu wskutek nagromadzenia się moczu nie przenosi się na górne drogi, dzięki budowie anatomicznej ujść moczowodowych. Na skutek przeszkód istniejących w pęcherzu ciśnienie tam panujące może jednak udzielić się wyższym drogom moczowym. Obok ujemnego znaczenia zakażenia wstępującego, ma tu znaczenie i ujemny wpływ zwiększonego ciśnienia na wydzielanie nerek. Spostrzeżenia doświadczalne potwierdziły w zupełności ten fakt. Hermann, badając wpływ wzmożonego ciśnienia w górnych drogach odprowadzających na wydzielanie moczu, stwierdził, że równolegle do zwiększania się ciśnienia zmniejszała się sekrecja aż do zupełnego ustania wydzielania. Łącząc światło moczowodu z manometrem rtęciowym ustalił, że zmniejszanie się wydzielania moczu zaczęło występować przy ciśnieniu równem 10 mm Hg, a ustało zupełnie przy 60 mm Hg.

Podwiązanie moczowodu prowadzi, jak to wykazały badania Guyon'a i Albaran'a, a za nimi całego szeregu innych autorów, do przekrwienia i obrzęku w miąższu nerkowym, oraz do zmniejszania się ilości wydzielanego moczu. W okresie następowym obrzęk ustępuje, ciśnienie wewnątrznerkowe jest mniejsze w stosunku do stadjum początkowego, prawdopodobnie wskutek resorbcji moczu w kanalikach (Huber).

Dawniej przypuszczano, że podwiązanie moczowodu powoduje zanik nerki, natomiast stopniowe zamykanie wywołuje powstanie wodonercza. Liczne nowsze doświadczenia wykazały dowodnie, że również nagłe zamknięcie moczowodu spowodować może powstanie wodonercza. Również własne spostrzeżenia jednego z nas (Michałowski) przekonały nas o prawdziwości tego faktu. O dalszym losie nerki z podwiązanym moczowodem decydują — jak się zdaje — prócz wzmożonego ciśnienia jeszcze i inne czynniki.

Wzmożone ciśnienie w miedniczce powoduje również zmiany jakościowe w składzie wydzielonego moczu: obniża się mianowicie procentowa zawartość mocznika. Fakt ten również świadczy o dużym ujemnym wpływie wzmożonego ciśnienia na czynność wydzielniczą nerki.

Mechanizm powstawania bezmoczu (anurji) nie jest do dziś należycie wyjaśniony. Zaznaczyć trzeba, że prawdopodobnie w różnych jej postaciach mają rozstrzygające znaczenie rozmaite czynniki. Są to te same czynniki, które wogóle regulują wydzielanie nerek, a więc narząd krążenia, czynność nerek jako gruczołu, oraz wpływy nerwowe. Warto jednak podkreślić, że w pewnych postaciach bezmoczu stwierdzono drobnowidowo po śmierci zatkanie kanalików nerkowych przez złuszczony nabłonek, względnie wałeczki. Jest więc możliwe, że także temu czynnikowi przypada w niektórych przypadkach znaczenie rozstrzygające; jeżeli już nie w wywoływaniu, to w każdym razie w utrzymywaniu bezmoczu (anurji).

Korzystne wyniki, jakie osiągano niejednokrotnie w bezmoczach dzięki takim zabiegom chirurgicznym, jak odłuszczenie torebki nerki *(decapsulatio)* i *nephrostomia*, tłumaczyć sobie również można działaniem odciążającem, a więc zmniejszającem ciśnienie w miąższu i kanalikach nerkowych. Przy rozważaniu tych faktów nasuwa się odrazu pytanie, jak będzie wyglądać wydzielanie moczu przy ciśnieniu niższem od ciśnienia prawidłowego, a więc przy zastosowaniu ciśnienia ujemnego wewnątrz dróg odprowadzających. Nasuwa się przypuszczenie, że odwrotnie, jak to miało miejsce przy wzmożonem ciśnieniu, aspiracja powinna mieć znaczenie pobudzające, względnie przyśpieszające wydzielanie, przedewszystkiem jeżeli chodzi o samą wodę.

Zagadnienie to stanowiło przedmiot doświadczeń, których wyniki obecnie przedstawimy.

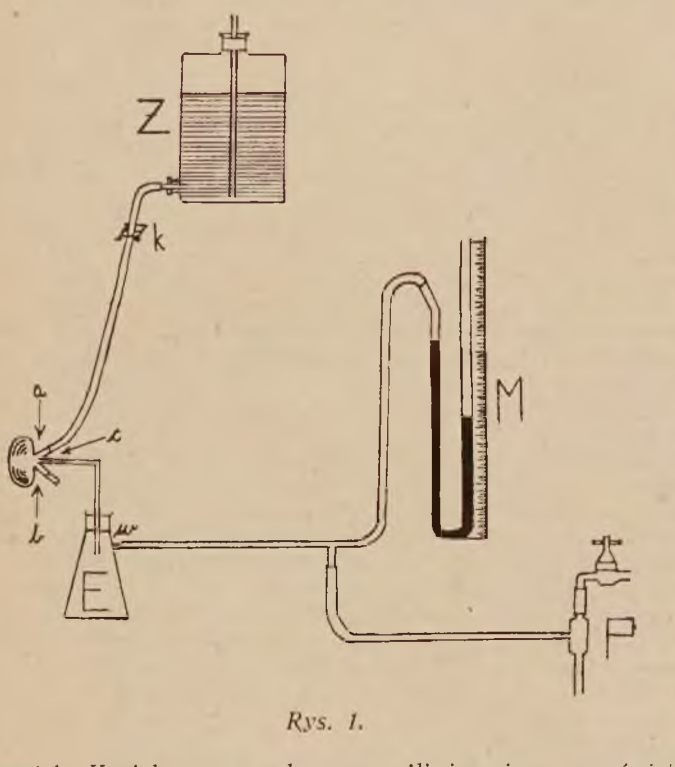
Doświadczenia nasze możemy podzielić na dwie grupy. Pierwszą grupę doświadczeń wykonywaliśmy na żywych psach, drugą zaś na nerkach ludzkich, wyjętych ze zwłok w niewiele godzin po śmierci (7—15). Pierwszą grupę doświadczeń wykonaliśmy w okresie wiosennym, drugą zaś w jesiennym b. r.

Metoda, której użyliśmy przy wykonywaniu doświadczeń należących do grupy pierwszej, była następująca: u psów pogrążonych w uśpieniu eterowem otwierano jamę brzuszną i odsłaniano oba moczowody. Po nacięciu ich wprowadzano przez powstały w ten sposób otwór szklane kanjule do miedniczek. Celem uzyskania wygodnego pola widzenia i możności kontroli położenia rurek, wycinano jelito od dwunastnicy, aż do prostnicy. Następował zwyczajnie bezmocz, który długo się utrzymywał. Dla zwalczenia bezmoczu i wywołania obfitego moczenia (diurezy) wkładano do żyły szyjnej kanjulę, przez którą wprowadzano płyn fizjologiczny stale i pod jednakowem ciśnieniem. Moczenie następowało stale w *ca* 10 min. po włączeniu do krążenia stałej infuzji i zależne było od ilości wprowadzanego płynu i ciśnienia, pod jakiem go wprowadzano. Następnie obliczano ilości moczu uzyskanego podczas ssania i bez niego. Niżej przedstawiona tabela (tab. 1.) wykazuje poszczególne wyniki.

Tablica 1.

L. p.	Data	Ilość wypływających kropel w przeciągu 5 min.			
		Przy ciśnieniu normalnem	Przy ciśnieniu obniżonem o cm Hg 5	7	10
1.	21. III.	15	23	17	—
2.	22. III.	17	—	—	23
3.	23. III.	17	23	—	—
4.	24. III.	15	—	—	23
5.	25. III.	32	39	—	—

Doświadczenia należące do grupy drugiej wykonywaliśmy w sposób następujący: po uwolnieniu nerki w sposób jaknajbardziej staranny od otaczających ją tkanek zakładaliśmy do tętnicy nerkowej (por. rys. 1), do żyły nerkowej (b), oraz do moczowodu



Rys. 1.

(c) kanjule. Kanjulę moczowodową o możliwie najszerszem świetle wkładano w ten sposób, że koniec jej znajdował się aż w miedniczce nerkowej. Następnie kanjulę, tkwiącą w tętnicy nerkowej połączono (rysunek) zapomocą węża gumowego ze zbiornikiem (Z) napełnionym roztworem fizjologicznym dla stałocieplnych. By zapewnić jednolite ciśnienie słupa cieczy wprowadzonej do nerki, w zbiorniku Z zastosowano urządzenie Mariotte'a. Wysokość słupa cieczy, pod jakim wprowadzano 0,89% roztwór soli kuchennej, wynosiła 80 cm. Drugi koniec długiej i kolankowato pod kątem prostym zgiętej kanjuli moczowodowej umieszczano — przeprowadziwszy ją uprzednio przez ściśle dostosowany do jej wymiarów korek gumowy — we wnętrzu zlewki o pojemności 550 cm³, zaopatrzonej w wylot boczny — w. Po otwarciu zacisku k płyn dostawał się do nerki i po przejściu przez jej naczynia wypływał przez kanjulę założoną do żyły nerkowej; równocześnie z kanjuli moczowodowej zaczynały wykapywać do zlewki E krople płynu początkowo mętnego i żółto zabarwionego, następnie zaś coraz bardziej klarownego, aż do zupełnie przejrzystego. Te spadające krople zaczęto obliczać dopiero po upływie godziny po rozpoczęciu wlewania płynu do nerki, ponieważ przekonano się, iż dopiero po tym okresie czasu szybkość wypływu kropel z moczowodu staje się jednostajna. Okres czasu, w jakim liczono spadające krople, wynosił pięć minut. Po upływie tego czasu łączono wylot boczny zlewki E zapomocą węża gumowego z rurką „T", której pozostałe otwory zostały połączone z manometrem rtęciowym (M), oraz z pompą wodną ssącą (P). Po puszczeniu w ruch pompy wodnej ciśnienie w zlewce E zaczęło się obniżać, co można było stwierdzić na manometrze. Wielkość ciśnienia ujemnego można było regulować z wielką dokładnością, puszczając większy lub mniejszy strumień wody w pompie wodnej. Następnie znowu w okresie czasu pięciominutowym liczono krople spadające z kanjuli moczowodowej do zlewki E. Doświadczeń takich wykonano 33. Załączona tabela (tab. 2.) ilustruje wyniki tych doświadczeń. Poniższe zestawienie wykazuje, że przy zastosowaniu ciśnienia ujemnego (ssanie) otrzymywano prawie zawsze zwiększoną ilość płynu wypływającego z moczowodu.

Tablica 2.

Lp.	Data	Ilość wypływających kropel w przeciągu pięciu minut									
		Przy ciśnieniu normaln.	Przy ciśnieniu obniżonem o cm Hg 2	5	10	15	20	25	29	30	50
1.	16. IX.	0	—	—	12	—	15	15	—	13	—
2.	16. IX.	0	—	—	—	—	12	—	—	—	—
3.	16. IX.	0	—	—	—	—	13	—	—	—	—
4.	17. IX.	0	—	—	15	—	30	—	—	—	—
5.	17. IX.	0	—	—	—	—	—	—	—	55	65
6.	18. IX.	0	—	—	0	—	5	—	—	135	—
7.	19. IX.	90	—	—	115	—	—	—	—	—	—
8.	19. IX.	100	—	—	140	—	—	—	—	—	—
9.	20. IX.	0	—	—	65	—	85	—	—	—	—
10.	21. IX.	0	—	—	18	21	—	—	—	—	—
11.	22. IX.	10	—	—	14	9	—	—	—	—	—
12.	23. IX.	20	—	—	23	41	—	—	—	—	—
13.	24. IX.	55	—	—	82	81	—	—	—	—	—
14.	25. IX.	18	—	—	43	57	—	—	—	—	—
15.	26. IX.	131	—	—	156	157	—	—	—	—	—
16.	27. IX.	0	—	—	0	0	—	—	48	—	—
17.	28. IX.	210	—	—	214	36	—	—	—	—	—
18.	30. IX.	5	—	—	14	15	—	—	—	—	—
19.	30. IX.	0	25	—	29	—	—	—	—	—	—
20.	1. X.	0	—	—	10	15	—	—	—	—	—
21.	2. X.	4	—	—	5	6	—	—	—	—	—
22.	3. X.	5	—	—	61	109	—	—	—	—	—
23.	4. X.	5	—	45	—	—	—	—	—	—	—
24.	4. X.	10	—	50	—	—	—	—	—	—	—
25.	5. X.	0	—	0	0	—	—	—	—	—	—
26.	5. X.	10	—	13	15	—	—	—	—	—	—
27.	6. X.	11	—	20	—	—	—	—	—	—	—
28.	7. X.	210	—	305	—	—	—	—	—	—	—
29.	8. X.	110	—	120	—	—	—	—	—	—	—
30.	8. X.	60	—	45	—	—	—	—	—	—	—
31.	9. X.	5	—	10	—	—	—	—	—	—	—
32.	10. X.	5	—	75	—	—	—	—	—	—	—
33.	11. X.	25	—	10	—	—	—	—	—	—	—

Oczywiście, że metoda powyższa nie może uchodzić za fizjologiczną i nie daje się odnieść do stosunków w organizmie żywym. Okazało się jednak, że i tu także udało się, dzięki ssaniu, wydobyć większą ilość płynu z kanalików nerkowych, płynu, którego w żadnym wypadku porównać nie można z normalnym moczem wydzielanym przez nerki organizmu żyjącego.

Wyniki, uzyskane w doświadczeniach połączonych z perfuzją nerki martwej, potwierdziły zatem wyniki badań przeprowadzonych na psach. Powyższe badania stwierdziły istnienie wpływu zmniejszonego ciśnienia w drogach odprowadzających na szybkość wydzielania wody, czyli diurezę wodną.

Pewne fakty kliniczne zgadzają się zupełnie z temi spostrzeżeniami doświadczalnemi. W przypadkach wzmożonego ciśnienia w drogach odprowadzających stwierdza się z chwilą zniesienia przeszkody silną poliurję. Zdarza się to w niektórych przypadkach przerostu sterczu. Znany powszechnie jest fakt, że zmniejszenie ciśnienia przez założenie przetoki pęcherzowej, lub nawet przez założenie cewnika na stałe, jest dla pewnej kategorji chorych niebezpieczne i prowadzić może do zejścia śmiertelnego. Zmniejszenie bowiem ciśnienia w drogach odprowadzających, wywołuje poliurję, wskutek zaś wydalania wody przez nerki, których zdolność kon-

centracyjna jest zmniejszona (obniżenie t. zw. *concentratio maxima*), następuje groźne wzmożenie azotemji, mogące właśnie doprowadzić do zejścia śmiertelnego.

Piśmiennictwo.

1) H. Arnozan, M. Creyx. Encyclop. franc. d'Urologie. T. VI. str. 501. — 2) L. Bernard, J. Paraf. Encyclop. franc. d'Urologie. T. VI. str. 539. — 3) Boeminghaus. Arch. f. klin. Chir. T. 166, str. 579. — 4) Chwalla. Arch. f. klin. Chir. T. 166, str. 1. — 5) O. Hennig, J. Lechnir. Z. f. Urol. T. 26. 1932, z. 8. — 6) Hennig, J. Lechnir. Z. f. Urol. T. 26. 1933, z. 5. — 7) F. Kroh. Zntrbl. f. Chir. Nr. 36. 1923. str. 1401. — 8) E. Michałowski. Pol. Gaz. Lek. Nr. 14, 1933. — 9) Vollhard podr. Mohr - Staehelin 2. wyd. 1931, str. 1320.

HIGJENA I WYCHOWANIE FIZYCZNE.

Dr. A. SAŁAMANCZUK. Busko-Zdrój.

Ćwiczenia fizyczne dziecka zdrowego i chorego ze stanowiska lekarskiego.

W ostatnim dziesiątku lat kwestja konstytucji organizmu ludzkiego opanowała prawie wszystkie dziedziny medycyny, a ostatnio zagadnienie konstytucji święci triumfy i w takiej dziedzinie jak pedagogika. Jest już zasadą, że wszystkie zagadnienia związane z życiem osobnika osądza się z punktu konstytucji, a więc i rozwój psychiczny i fizyczny jednostki, zdolność jej, skłonność do pewnych schorzeń, ale podczas gdy większość objawów osobnika dojrzałego znajduje lub też znaleźć może pewne tłumaczenie czy też wyjaśnienie w konstytucji, to nieco trudniej przedstawia się to zagadnienie w wieku dziecięcym. Wiemy, że kwestja konstytucji stoi w ścisłej zależności z tak zwanemi typami konstytucyjnemi. I mimo to, że na temat konstytucji wieku dziecięcego pojawił się cały szereg prac, to zagadnienie to nie zostało jeszcze i — mam wrażenie — nie może tak prędko zostać rozwiązane.

Konstytucją nazywamy indywidualną zdolność reagowania jednostki na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne, które nań działają. Rozumie się, że nietylko objawy fizyczne, ale i psychiczne muszą być równolegle roztrząsane. Pewien błąd popełniają ci, którzy chcą objawy psychiczne opierać na danych fizycznych, jak to często obserwujemy w dziedzinie badania fizykalnego.

Konstytucja więc — to reakcja psycho-fizyczna na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne.

Zdolność reagowania ujawnia się nam jako objawy, które mogą być natury stałej lub przejściowej. Te objawy mogą być przywiązane do płci, wieku i t. d. Objawy te ujęte w pewne normy, mogą tworzyć pewne charakterystyczne cechy, a te związane w pewne grupy tworzą stałe wartości, stanowiące podstawę antropologji.

Muszę się jednak zastrzec, że nie każdy typ oparty na zestawieniu szeregu badań musi być właśnie typowym. Przykładem choćby antropologia, gdzie określenie typu natrafia na olbrzymie trudności. Wiemy, że typ może być tylko idealnym, żywy typ każdy będzie mniej lub więcej odchylał się od normy.

Stwierdzić musimy, że matematyczny typ antropologiczny nie musi być i często nie może być typem konstytucjonalnym.

W ostatnim dziesiątku lat poczyniono spostrzeżenia, że człowiek przychodząc na świat może mieć taką budowę ciała, lub też tylko pewne narządy mogą ze względu na swą budowę i funkcję być — że tak powiem — wrażliwe na pewne schorzenia. Doświadczenie nauczyło, że prawie wszyscy o takiej samej budowie są usposobieni do tych a nie innych chorób. Trzeba więc z tego wyciągnąć wniosek, że jeśli dziedziczą się pewne właściwości, które nazywamy konstytucyjnemi, to mogą i dziedziczyć się schorzenia. Dziedziczymy jednak — i to trzeba podkreślić — nie chorobę, lecz konstytucję, a więc skłonność do danego schorzenia. Ta skłonność odgrywa w życiu człowieka i społeczeństwa wielką rolę, bo jeśli w tych samych warunkach żyją dwa osobniki i są wystawieni na działanie tych samych szkodliwych czynników, to jeden skłonny zachoruje i może ulec schorzeniu, drugi będzie odpornym. To zjawisko odgrywa w profilaktyce, a więc w zapobieganiu schorzeniom wielką rolę.

Nowicki rozróżnia konstytucję postaciową przywiązaną do struktury budowy ciała i konstytucję czynnościową, przywiązaną do czynności pojedynczych narządów.

O tem musimy stale pamiętać, bo przy pomocy wychowania fizycznego możemy do pewnego stopnia wpływać na konstytucję postaciową i czynnościową. Wpływać zaś możemy tylko w ten sposób, że staramy się dobierać bodźce, któreby pchały narządy w kierunku ich naturalnego rozwoju. Takiemi bodźcami operuje też wychowanie ogólne które spoczywa w ręku wychowawców. Ocena zaś siły bodźca, miejsce stosowania i czas należy do lekarza. Obserwacja należy do obu, technika przeprowadzenia spoczywać powinna raczej w ręku wychowawcy.

Pedjatra tej miary co Pfaundler zwrócił uwagę, że pojęcie konstytucji wiąże się ze zjawiskiem spostrzeganem już dawniej, a mianowicie istnieje bezsprzeczny związek między budową kośćca i systemu mięśniowego. Podobny związek stwierdził Pirquet pomiędzy budową ciała a stanem odżywienia.

Gdy mówimy o konstytucji, to musimy równocześnie myśleć o całym człowieku, a dla określenia całości posługiwać się trzema czynnikami: typem, dyspozycją (usposobieniem) i wrodzonemi właściwościami.

Z naszego stanowiska lekarskiego musimy roztrząsać pytanie: dlaczego nie każdy organizm oddziaływa jednakowo na bodźce? — i bezpośrednio z poprzedniem związane i z niego wypływające zagadnienie, jaki powinien być bodziec przy danej konstytucji osobnika, ażeby działał korzystnie. Innemi słowy nasilenie bodźca zależnie od stanu ogólnego osobnika.

W życiu praktycznem zagadnienie zmierzałoby do rozstrzygnięcia, gdzie leży granica nasilenia optymalnego bodźca dla organizmu zdrowego i chorego.

Ta kwestja jest ważną w pierwszym rzędzie dla samego dziecka — o ile chodzi o nasze warunki — następnie dla szkoły, rodziców czy wychowawców no i dla lekarzy.

Rozstrzygnięcie tylko możliwe w płaszczyźnie zagadnienia konstytucji, a ponieważ jeszcze dokładnie o konstytucji nie możemy mówić, wobec tego będziemy podchodzili do zagadnienia rozróżniając stosunek bodźców do trzech wyżej nazwanych czynników, ogólnie streszczających konstytucję osobnika.

W naszem zagadnieniu będziemy więc musieli brać pod uwagę: z jednej strony wszystkie psychologiczne właściwości osobnika, z drugiej strony różnorodne nań działające bodźce tak natury zewnętrznej jak i wewnętrznej.

Kretschmer uznaje tylko trzy typy:

1. *T. pyknicus*,
2. *T. athleticus*,
3. *T. asthenicus*, przyczem stwierdził zależność wybitną pomiędzy schorzeniami psychicznemi i budową somatyczną, co stanowi nielada postęp w badaniach zagadnienia konstytucji.

Rzecz zrozumiała, że istnieją również tak zwane typy mieszane.

Uważam, że rozróżnić powinniśmy w wychowaniu fizycznem tylko typ muskularny i oddechowy, przyczem trawienny byłby odmianą muskularnego, mózgowy zaś oddechowego.

Nie możemy zaprzeczyć, że pewien związek istnieje również między budową ciała a systemem nerwowym czyli jak mówimy temperamentem, jak to wyżej wspomniałem już przy typach Kretschmera.

Wychowanie fizyczne od chwili powstania naszego Państwa, wysunęło się jako zagadnienie wychowania ogólnego na jedno z naczelnych miejsc w naszem życiu. Bywa ono jednak często niewłaściwe prowadzone nietylko przez ludzi zdala od wychowania stojących, ale nawet przez samych wychowawców. Wyrażenie to w różnych dziedzinach naszego życia, jakkolwiek w tym samym celu stosowane jednak niezawsze nosi cechy tej samej treści.

Niewiele czasu upłynęło jeszcze od chwili, kiedy wyłonił się u nas ciekawy problem, czy sport (a więc tylko pewna dziedzina wychowania fizycznego) ma się podporządkować względom wychowawczym, czy też wychowanie fizyczne może być tylko przez sport reprezentowane.

Nie ulega wątpliwości, że w wychowaniu fizycznem, jako bezpośrednio z ogólnem wychowaniem związanem rozumie się, — jak to już swego czasu Jędrzej Śniadecki podniósł — przymiotnik „fizyczne" nie za określenie celu, — ciało fizyczne człowieka, a tylko za środki fizyczne, któremi ta dziedzina wychowania posługuje się. Słusznie więc zaznacza Osmólski, który roztrząsał to zagadnienie, że środki fizyczne jak pożywienie, powietrze, słońce, woda, ruch i praca, bezruch czyli sen, odpoczynek są zjawiskami fizycznemi, które mają wielki wpływ na ukształtowanie się całkowitej natury człowieka, to znaczy nietylko na właściwości budowy ciała i sprawności ruchowej, ale owszem charakteru, a nawet umysłowości. Wiemy, że wykonanie pewnych czynności wywiera bezpośredni lub też pośredni wpływ na strukturę cielesną i na usposobienie umysłu oraz w sferze czuciowej. Posługując się modnem wyrażeniem, powiemy, że czynności te mają wpływ na *somapsyche* człowieka.

Dla uzupełnienia określimy i znaczenie pojęcia sport. Bardzo trafną definicję podał Osmólski zamykając ją w trzech słowach olimpijskiej formułki nowoczesnych igrzysk: wyżej, silniej, szybciej.

Dlatego też, gdy sprawa wychowania fizycznego weszła u nas na porządek dzienny, to nie ustępuje już, bo zagadnienie to związane jest nietylko ze stanem zdrowia fizycznego i psychicznego jednostki, lecz co ważniejsze z doskonaleniem i uszlachetnieniem społeczeństwa. Siła ducha nie przedstawia bowiem pełnej wartości, o ile nie ma oparcia w silnym i zdrowym organizmie. Ginie bowiem przedwcześnie organizm, który nie może się ostać w walce życiowej, ewentualnie powoli jeszcze przed śmiercią maleje i zanika. Nie pomogą tu żadne przepisy higjeniczne, o ile nie uwzględni się równorzędnie konieczności wychowania fizycznego ciała i ducha, bez względu na to, czy są one zdrowe czy chore.

Wychowanie fizyczne, jak pewna dziedzina wychowania ogólnego jest środkiem — bodźcem, który należycie użyty może przynieść tylko korzyść, nigdy zaś szkody. Podkreślamy zaś, że cała sztuka leży w umiejętnem zastosowaniu. Rozstrzyga zaś siła bodźca, czas stosowania i — na pierwszem miejscu — stan fizyczny i psychiczny organizmu.

Inaczej stosuje się środki stojące do dyspozycji wychowania fizycznego u zdrowych, inaczej u chorych. Pozatem muszą być uwzględnione: wiek fizjologiczny (nie kalendarzowy), temperament, płeć i t. d.

I tu po raz pierwszy wysuwa się konieczność współpracy lekarza i wychowawcy. Rozstrzygnąć bowiem, czy dana jednostka jest zdrowa fizycznie i psychicznie, może tylko lekarz. I to musi być bezwzględnie dla lekarza zastrzeżone. Ogólne dane lekarza wykorzystuje pedagog, który powinien mieć wolną rękę w wyborze stojących mu do dyspozycji metod i środków wychowania fizycznego.

Conditio sine qua non lekarza i pedagoga musi być uznanie konieczności ruchu organizmu zdrowego i chorego. Ruch ten może być nawet sztuczny, byleby był racjonalny, to znaczy byle nie był sprzeczny z naturą.

Ponieważ jednym ze środków wychowania fizycznego, którym posługuje się szkoła, są ćwiczenia ruchowe zwane niesłusznie gimnastyką, to już przy ich stosowaniu mamy do czynienia — jak mówi Drabczyk — z całym szeregiem sztucznych, systematycznych ruchów w celu zapewnienia rozwoju mięśniom czy narządom tak pod względem formy jak i sprawności. Dodajmy dla przejrzystości, że ruchu jak i wpływu jego ograniczyć nigdy nie możemy do pewnej grupy mięśni czy narządu. Ma on bowiem wpływ na cały organizm, na całą *somapsyche* człowieka.

Sięgnijmy do silniejszych kontrastów, ażeby podkreślić celowość ruchu w wychowaniu fizycznem. Uprzytomnimy sobie, jakie przestępstwo popełniano i jeszcze popełniamy, gdy ograniczamy człowiekowi, czy też odbieramy mu jedyne znamię jego życia.

Ileż to razy zadając ciężarnej stereotypowe pytanie: kiedy pani odczuła „pierwsze ruchy płodu", nie zastanawiamy się wcale nad tem, że nam przecież o ruch jako taki wcale nie chodzi. Nie chodzi nam o ruch jako taki mimo to, że datę tego ruchu wpisujemy w odpowiedniej rubryce i że stanowi ona w naszych badaniach pewną znaną jednostkę, którą posługujemy się w naszych obliczeniach.

Jakżeż powinno brzmieć to pytanie? które to słowo powinno zastąpić miejsce „pierwszy ruch"? czyli innemi słowy jak należy rozumieć to pytanie?

Bez zastanowienia odpowiedź brzmieć powinna: kiedy pani odczuła pierwsze objawy życia dziecka.

I tu jak nigdzie indziej zidentyfikowano ruch z życiem. O ile płód rusza się, to tem samem jest on zdolny do życia. Ruchem bowiem życie zaczyna się; ostatni ruch — uderzenie serca — wykreśla go z pomiędzy istot żyjących.

Przyroda zabezpieczając ruchy dziecka w łonie matki przez zawieszenie go w wodach płodowych, zabezpieczyła w ten sposób i jego życie. Brak wód płodowych równałby się brakowi ruchu a ten pociągnąłby za sobą śmierć. Nie mówiąc już o tem, że poród byłby bardzo uciążliwy czy też wogóle niemożliwy.

Utrudnianie bowiem ruchu równałoby się w tym wypadku jak i w każdym innym odebraniu dziecku możności i prawa do życia. I co najważniejsze ten mały twór zamknięty i odgrodzony szczelnie od świata zewnętrznego nie poprzestaje nigdy na tych ruchach, któremi daje znać, że żyje i już porusza się. Jeżeli się dziecko prawidłowo rozwija, to wówczas ta skłonność do ruchu stale rośnie i można śmiało powiedzieć rośnie wprost proporcjonalnie do kondycji fizycznej tworzącego się osobnika.

W dzisiejszych czasach powinnibyśmy powiedzieć, że płód trenuje się, będzie miał bowiem nielada przeszkody do przezwyciężenia.

Cóż dzieje się, gdy ten dojrzały zarodek przyszłego człowieka znajdzie się w ręku przedstawicieli rodziny czy innych wychowawców. Pomijamy powijaki, zasady dobrego tonu, które ruch w pewnej mierze ograniczają, a o których nie mamy czasu mówić.

Triumfu ograniczenia tej wrodzonej tendencji do ruchu nie możemy odmówić jednak instytucji, która to długie lata z poświęceniem spełniała a dziś jeszcze w wielu wypadkach usilnie w tej mierze czyni zamiary. Szkoła — doniedawna niestety tylko *„einseitige Wissens-Sitz-Schule"* jak powiedział zgórą 20 lat temu Hueppe, robiła to metodycznie całemi latami. Poprzednio szkoła koncentrowała wyłącznie, obecnie w mniejszej już mierze swą uwagę na mózgu dziecka, nad nim pracowała i przeważnie jeszcze pracuje a zapomina, że dziecko ma stawy, mięśnie i wieczne pragnienie ruchu, które jest u niego koniecznością życiową.

Czyż nie uderza przeciętnego człowieka, że dziecko mało ruchliwe, to dziecko psychicznie upośledzone lub też psychicznie i fizycznie cofnięte w rozwoju.

Przejście z pełnej swobody dziecka do szkoły, gdzie ono skrępowane fizycznie i psychicznie cały słoneczny dzień spędza, choć skromnie nazywa się to tylko kilkugodzinną nauką, jest pierwszym urazem somapsychicznym zadanym dziecku przez tych, którzy są właśnie powołani do tego, ażeby dziecko wychowywać. Co za tragedja. Ludzie, którzy połowę swego życia poświęcają, ażeby nauczyć się zasad wychowania, stają się jego krzywdzicielami.

W okresie przyjścia do szkoły dzieją się w organizmie dziecka rzeczy, o których nie zdajemy sobie a raczej nie chcemy zdawać sprawy. Około 9 roku życia zaznacza się pewna dysproporcja pomiędzy sercem a narządami krwionośnemi. Zjawisko to zasługuje w pełni na nazwę olbrzymiej rewolucji, olbrzymiego przewrotu w organizmie dziecka. Praca serca w tym okresie natrafia na szczególnie korzystne dla siebie warunki. Naczynia krwionośne bowiem proporcjonalnie są za szerokie. Dlatego też to ustawiczne bieganie bez zmęczenia, wielogodzinne przechadzki w okresie rozwoju względnie dojrzewania płciowego tylko tem usprawiedliwić można. Każdy ograniczony ruch, choćby najkunsztowniej przemyślany, a nie wiem jak teatralnie efektownie wyglądający, w tym okresie nie może odpowiadać młodzieży. Jedyny ruch — w tym okresie to bieg i marsze w otwartym terenie.

Ćwiczenia ruchowe na wzór wojskowy czy innych podobnych systemów w okresie przed dojrzewaniem i samego dojrzewania płciowego uważam za nieodpowiednie i ze stanowiska lekarsko-wychowawczego za szkodliwe. Wyżej podanem zjawiskiem możemy wytłumaczyć, dlaczego młodzież tak chętnie bierze udział w przysposobieniu wojskowem i harcerstwie a ociąga się od gimnastyki szkolnej.

Kilkoma słowy wspomnieć należy gimnastykę rytmiczną. Osobiście uważam i podkreślam, że gimnastyka rytmiczna powinna być z planu szkolnego skreślona. Niewiele da ona bowiem młodzieży, a uczy tylko pozerstwa i maskowania ruchu. Młodzież wykonuje ruchy pozorne, każdy ruch rytmiczny bowiem musi być ładny, ale niezawsze naturalny. Zresztą nie jest żadną tajemnicą, że mistrzowie i mistrzynie gimnastyki rytmicznej uprawiają różne systemy ćwiczeń ruchowych jako wstęp do samej gimnastyki rytmicznej. My zaś zamiast zwalczać, że tak powiem prawie że wrodzone lenistwo mięśni, podtrzymujemy je i utrwalamy dzięki specjalnej metodzie pseudogimnastycznej. Gimnastykę rytmiczną po okresie pokwitania uważać należy zawsze za rzecz zbędną, w okresie dojrzewania płciowego i przed okresem dojrzewania ze stanowiska lekarskiego uważam ją za rzecz wręcz szkodliwą, jakkolwiek właśnie w tym okresie najwięcej ją zalecają.

Przecież nam chodzi o cały organizm, o narządy wewnętrzne a nietylko o koordynację mięśniowo-nerwową.

Ćwiczenia ruchowe są silnym bodźcem w okresie wzrostu organizmu, ale nieodpowiednio stosowane mogą spowodować znaczne szkody organizmowi. Ćwiczenia oddechowe i ramion wpływają na rozwój i kształtowanie się klatki piersiowej, jak to wykazali Noeggerath a głównie Schlesinger.

U dziecka nie dopisuje między innemi koordynacja nerwowo-mięśniowa, dlatego też o wiele prędzej występują u niego objawy zmęczenia i znużenia. Jedynym racjonalnym wskaźnikiem jest wyłącznie oddech.

Przyspieszenie oddechu jest dowodem zmęczenia. Dzieci zdrowe lub nawet słabowite ale ćwiczące reagują na ćwiczenia ruchowe nie przyspieszeniem oddechu a raczej pogłębieniem. Przy odpowiedniej koordynacji ruchów oddechowych dzieci z nie-

prawidłowo zbudowaną klatką piersiową uczą się sczasem wykonywać i bez znacznych wysiłków ćwiczenia, które stawiają organizmowi większe wymagania.

Mimochodem wspomnę, że tak zwane dzieci nalane powinny ćwiczyć na wytrwałość, asteniczne zaś powinny uprawiać ćwiczenia szybkościowe i opornościowe, z włączeniem odpowiednich przerw. Dzieci nadmiernie wyrośnięte, blade powinny wykonywać ćwiczenia ruchowe, które narząd krwionośny intensywnie absorbują. Badanie krwi u takich dzieci po ćwiczeniach ruchowych wykazuje przejściowe zwiększenie ciałek czerwonych krwi.

Herxheimer obserwował na 39 chłopcach w czasie ćwiczeń ruchowych ciekawe zjawisko: u chłopców, u których wzrost pozostawał niżej normy danego wieku, największy przyrost wagi; u chłopców ze wzrostem w granicach normy mały przyrost wagi ciała, przy nadmiernie wyrośniętych nieznaczny ubytek na wadze. U wszystkich obwód uda podwoił się, obwód klatki piersiowej wykazał poważny przyrost w stosunku do kolegów niećwiczących. Ujemnego wpływu na serce nie obserwował.

Dumoulet badał wpływ marszu codziennego 10-kilometrowego w górzystym terenie na organizm dziecka. Zaobserwował podwyżkę temperatury 37,8°—38,4°, przyspieszenie tętna na 100—130 na minutę, ciśnienie krwi podwyższone o 10—30 mm Hg, podwyższenie ciśnienia krwi głównie u dzieci wyrośniętych i przy zwolnionym oddechu. Po trzech godzinach można było podzielić dzieci na dwie grupy: pierwsza t. zw. „dobra" z podwyższonem ciśnieniem krwi, zwolnieniem oddechu i tętna i spowrotem temperatury do normy. Druga „gorsza" z obniżeniem ciśnienia krwi, temperaturą niżej normy, zmęczeniem, podupadłym apetytem i zwolnieniem tętna. Zwyżki temperatury były mniejsze u dzieci lekko ubranych.

Przeprowadzając podobne doświadczenia zauważyłem zwyżki temperatury przeciętnie od 0,4—0,8°. Zwróciłem uwagę, że przy obliczaniu tętna pewna grupa dzieci wykazuje przyspieszenie, w drugiej i trzeciej lub też tylko w trzeciej minucie, co jest korzystnym objawem, a które to zjawisko zresztą obserwowaliśmy przy badaniu sportowców z Dybowskim. Zauważyłem, że to przyspieszenie stwierdza się właśnie u dzieci tak zwanych „gorszych" Dumouleta.

Schlesinger wykazał na bardzo obfitym materjale obserwowanym przez szereg lat, że u dzieci z kolonij letnich, w których przeprowadza się systematycznie ćwiczenia ruchowe i zabawy, przyrost na wadze, zwiększenie pojemności płuc były większe jak u innych, niećwiczonych systematycznie. Wykazał również, że systematycznie ćwiczące dzieci wyprzedzają rówieśników w wzroście, ciężarze ciała, obwodzie klatki piersiowej i pojemności płuc. Podobne zjawisko obserwowali Matthias i Schmidt.

Matthias zrobił słuszną uwagę, że te same bodźce w różnych okresach stosowane, nie mogą mieć tego samego działania. Dodatnio działa bodziec tylko wtedy, kiedy tendencja jego działania idzie równolegle i sumuje się z tendencją takiego samego nastawienia organizmu.

Dość ciekawe zjawisko miałem sposobność obserwować w obozach przysposobienia wojskowego, gdzie przeprowadzałem swego czasu badania lekarsko-antropometryczne. Były tam dwa turnusy, pierwszy Strzelca, w którym większość była reprezentowana przez rzemieślników, drugi z maturzystów i studentów szkół wyższych. Po skończeniu obozów pokazało się, że rzemieślnicy mieli większy przyrost na wadze, studenci mniejszy na wadze a większy w wysokości siedzeniowej. Po paru miesiącach zetknąłem się prawie ze wszystkimi przed wielkiemi zawodami sportowemi, i cóż pokazało się. Rzemieślnicy wykazali ubytek przyrostu na wadze uzyskanego w obozach przysposobienia wojskowego, u niektórych ubytek był większy jak przyrost uzyskany w obozie. U wszystkich prawie studentów natomiast przyrost na wadze utrzymywał się, ubytek był zaś minimalny ledwie u kilku na stokilkadziesiąt badanych. To wskazuje na to, że rzemieślnicy pracujący fizycznie są mniej podatni na korzystny wpływ ćwiczeń ruchowych, wyrażających się w tym wypadku ciężarem ciała i wysokością ciemieniowo-siedzeniową. Studenci, jako pracujący umysłowo i nieoddający się pracy fizycznej, mają w ćwiczeniach ruchowych znaczny bodziec, który wpływa trwale i pewnie na organizm. U wielu studentów ten przyrost można było wykazać dopiero po ukończeniu obozów, podczas gdy u rzemieślników wystarczał na to okres kilku tygodni (u jednego 10 kg w 6 tygodniach).

Dla ścisłości zaznaczam, że przyrost ten wyrażał się nie zwiększeniem tłuszczu, ale odnieść go należy do zwiększenia się ilości — że tak powiem — żywego białka.

Ze stanowiska lekarskiego zwalczać powinniśmy podporządkowywanie wychowania fizycznego pierwiastkom teatralno-estetycznym, które szczególnie ćwiczenie ruchowe dzieci poważnie zniekształcają.

Przykazanie nowej szkoły powinno brzmieć: „równouprawnienie ciała i ducha w szkole". W takiej szkole wychowanie fizyczne musi być indywidualizowane z uwzględnieniem wieku fizjologicznego, rozwoju płci i psychiki. Musimy stale pamiętać, że w okresie wzrostu ćwiczenia ruchowe są czynnikiem formującym, po tym okresie utrzymują zaś organizm na osiągniętym poziomie, nieznacznie tylko go poprawiając.

Sippel stwierdził, że 35 minutowa gimnastyka u 3/4 uczniów powoduje zwiększenie wydolności psychicznej.

Matthias stwierdził, że znaczny procent skrzywień bocznych kręgosłupa poprawia się znacznie lub znika po opuszczeniu szkoły. Stąd wniosek, że szkoła tu zawiniła.

Zagadnienie codziennej gimnastyki czemraz więcej zjednuje sobie zwolenników. Dziś tem zagadnieniem zajmują się nietylko lekarze lecz i pedagodzy. Zdają sobie bowiem sprawę, że codzienna gimnastyka choćby jednogodzinna poza walorami zwrotnemi ma jeszcze poważne walory wychowawcze.

Począwszy od roku 1923 sprawa ta zajmowała lekarzy i pedagogów niemieckich, a doświadczenia Rosenbauma przeprowadzone na 11—12 letnich dzieciach w ciągu roku wykazały, że obwód klatki piersiowej znacznie się powiększył, jędrność mięśni i tkanek zwiększyła się, sklepienie stopy zarysowało się u wielu wybitniej. Nie mógł jednak wykazać wpływu na wzrost, ciężar ciała i podściółkę tłuszczową. Wydolność fizyczna wybitnie się podniosła, nie można było stwierdzić ujemnego wpływu na zajęcia umysłowe, odporność na zakażenia wzrosła.

Uważam, że system 10-minutowej gimnastyki K. Muellera w naszych warunkach odpowiadałby nam w zupełności. Wprowadzenie tego systemu byłoby wstępem do poczynań nad wprowadzeniem jednogodzinnej codziennej gimnastyki.

Trafnie rozwiązano zagadnienie codziennych ćwiczeń ruchowych w Austrji dzięki staraniom Gaulhofera i M. Streichera. W szkole powszechnej w Austrji uczy wszystkich przedmiotów jeden nauczyciel, nie mając zgóry oznaczonego podziału godzin. W odpowiednich momentach wplata ćwiczenia ruchowe, kiedy zauważa znużenie umysłowe u dzieci.

To niekrępowanie dzieci rozkładem godzin idzie w kierunku równouprawnienia ciała i ducha w szkole.

Przechodzimy do kwestji najbardziej nas interesującej a mianowicie do kształcenia ciała dzieci słabowitych i fizycznie niedorozwiniętych. I tu musimy zaznaczyć, że jedynie racjonalnem stanowiskiem lekarza i wychowawcy jest hartowanie ciała i ducha na każdym kroku. Racjonalna opieka zaś będzie polegała nie na budowaniu specjalnych szkół, sanatorjów i zakładów, w których dzieci te otoczone nadmierną opieką i dobrobytem nie nabędą hartu, a przeciwnie wrodzone fizjologiczne i fizyczne lenistwo, neuropatyzm otoczenia rozwinie się jeszcze w większym stopniu. Dzieci takie powinno się stale wyodrębniać i tworzyć małe grupy stojące pod opieką wychowawcy i lekarza. Dzieci wybitnie neuropatyczne, mizerne fizycznie należy początkowo umieszczać w odpowiednich środowiskach sanatoryjno-szkolnych, gdzie wstępne i zasadnicze zmiany trybu życia powinny być konsekwentnie przeprowadzone. Musimy sobie jasno zdać sprawę, że kilkutygodniowy pobyt na kolonjach wypoczynkowych czy obozach dzieci nie uzdrowi. Powinny istnieć szkoły zwyczajne i szkoły sanatoryjne, które na przeciąg 5 do 6 miesięcy powinny wymieniać dzieci, o czem następnie parę słów powiem. Takie szkoły uzdrowiskowe czy sanatoryjne przy współpracy wychowawców i lekarzy dążyłyby do indywidualnego wychowania fizycznego i umysłowego danych jednostek. Ważnym czynnikiem w takich warunkach byłoby zgrupowanie dzieci według wieku fizjologicznego. Jakie korzyści z takiego wychowania indywidualnego odniosłaby jednostka, społeczeństwo czy państwo — nietrudno odgadnąć. Warunki jednak, w których się dziecko znajdzie, muszą je — że tak powiem — zgóry psychicznie opanować.

Nie możemy i nie śmiemy łudzić się, że w ten sposób, jak niektórzy myślą, uszlachetniamy rasę. Musimy jasno zdać sobie sprawę, że nie mamy jeszcze i nie jesteśmy świadomi objawów, któreby nam mówiły, w jakim okresie możemy zmienić strukturę psychiczną czy fizyczną danego dziecka. Wyodrębnienie więc takiej szkoły sanatoryjnej z istniejących programów szkolnych jest koniecznością.

Wiese stwierdził, że hydroterapeutyczne zabiegi u dzieci słabowitych i niedorozwiniętych nie dają pożądanych rezultatów, kąpiele słoneczne i powietrzno-słoneczne czynią to o wiele łatwiej. Powyższe zdanie możemy na podstawie naszych obserwacyj całkowicie potwierdzić.

Nie można pominąć milczeniem systemu gimnastyki koncentracyjnej Pototzkego u dzieci nerwowych i roztrzepanych.

Wszystkie ruchy są tam rozłożone, początkowo wykonują dzieci pojedyncze składowe ruchy, a następnie po całkowitem opanowaniu ruchów składowych ruch całkowity.

Przychodzimy teraz do wychowania fizycznego dzieci gruźliczych i gruźlicą zagrożonych. „Precz z psychozą kilogramową" mówi Wiese, o tem stale pamiętać należy.

Cały system racjonalnego leczenia gruźlicy powinien dążyć, ażeby tworzyć typy nie dobrze odżywione a typy zdolne do wysiłków i odporne.

Bier, Wiese, Reifenberg, Simon zauważyli po ćwiczeniach ruchowych u dzieci gruźliczych we krwi warunki, jakie znajdujemy przy stosowaniu innych nieswoistych środków leczniczych jak np. naświetlanie lampą kwarcową, Roentgenem i po injekcjach obcego białka.

Ćwiczenia te przyspieszają prawidłową przemianę materji, pogłębiają oddech, podnoszą sprawność serca.

Nuessel badając w sanatorjum dziecięcem wpływ ćwiczeń ruchowych na gruźlicę stwierdził konieczność ćwiczeń ruchowych u dzieci z dodatnim odczynem Pirqueta, przy podgojonych zajęciach gruczołów okołooskrzelowych, po ustąpieniu ostrych objawów ogniska pierwotnego i przy zwapnieniach ognisk gruźliczych w płucach. Przy wszelkich czynnych sprawach gruźliczych ćwiczenia ruchowe powinny być tylko ostrożnie dozorowane a nie są przeciwwskazane.

Wskazane są w nieczynnem stadjum wytwórczem drugiego i trzeciego okresu.

Czynna więc gruźlica nie nadaje się do leczenia ćwiczeniami ruchowemi poza specjalnemi zakładami, jak też dla ostrożności powinno to dziać się przy dobrotliwym przebiegu gruźlicy. Początkowo sprawy gruźlicze nadają się szczególnie do leczenia ćwiczeniami ruchowemi. Przed przystąpieniem do leczenia metodą ruchową powinno wykonać się wszelkie możliwe analizy, od wyniku bowiem zależeć będzie dobór bodźca i czas stosowania. Ważną próbą jest odczyn Biernackiego. Simon, Wiese, Schneider obserwowali spadek temperatury u gorączkujących, lecz zdarzały się wypadki, gdzie ćwiczeń zaniechano spowodu znacznych podwyżek temperatury.

Geoetz i Hofbauer zauważyli, że u dzieci przy pomocy odpowiednich pomiarów można ustalić dwa typy klatki piersiowej, które odbiegają od prawidłowej. W pierwszym przypadku główny otwór klatki piersiowej jest nachylony, klatka piersiowa płaska, — w drugim przypadku otwór poziomy, klatka piersiowa wysklepiona. Dzieci gruźlicze należą do grupy drugiej. Co do samego schorzenia nie można wyciągnąć z tego żadnych wniosków. W tych wypadkach zapobiegawczo mogą ćwiczenia dużo zdziałać, wpływając w dzieciństwie na poprawę klatki piersiowej. U pierwszych wpłynie oddech na postawę i pogłębienie oddechu, u drugich wydech zostanie nasilony.

Kisch podnosi korzystny wpływ ćwiczeń ruchowych w okresie rekonwalescencji po gruźlicy kości i stawów.

Worringen wykazał, że korzystne rezultaty leczenia w sanatorjach i uzdrowiskach zostają podtrzymane i utrwalone przez ćwiczenia ruchowe. To samo odnieść należy do leczenia skrzywień kręgosłupa w wyżej nazwanych zakładach.

Przechodzimy obecnie do zagadnienia ćwiczeń oddechowych. Wenckebach pierwszy zwrócił uwagę, że nieprawidłowa czynność oddechowa ma wybitny wpływ na zniekształcenie klatki piersiowej i kręgosłupa. Hofbauer zaś wykazał, że tak zwany typ gruźliczy stoi w ścisłej łączności z poprzedzającą go niedomogą oddechową. On pierwszy wykazał, że z ustąpieniem niedomogi oddechowej ustępowały chorobliwe odchylenia od normy. Poprawne oddychanie zapewnia prawidłowy rozwój klatki piersiowej, prawidłowy wzrost i dobre samopoczucie. Pierwszy Wiese zwrócił uwagę, że przy ćwiczeniach ruchowych należy zwracać uwagę nietyle na głębokich wdech, który szczególnie u chłopców często prowadzi do przesady, ale należy dążyć do nauczenia dzieci wykonywania maksymalnego wydechu. Sami mamy możność obserwowania, jak przyjeżdżające do nas dzieci na leczenie nie umieją wcale wykonać maksymalnego wydechu ale i nie umieją wykonać maksymalnego wdechu, na który w dzisiejszych warunkach w szkole jednak zwraca się uwagę. Unosząc bowiem barki ku górze przy wdechu tem samem przeciwdziałają maksymalnemu wdechowi, na co odpowiednie czynniki nie zwracają uwagi.

Najlepszą metodą nauczenia dzieci maksymalnego wydechu jest ogólnie znane wydmuchiwanie baniek mydlanych.

Lereboullet stwierdził niedostateczny dopływ krwi do narządów przy nienależytym oddechu. Przyczyn złego oddechu szukać należy według niego w złem wychowaniu szkolnem i pozaszkolnem, w przeroście migdałów gardłowych, grasicy, powiększeniu gruczołów oskrzelowych, niedorozwoju mięśni, w skrzywieniach kręgosłupa i t. d. To samo stwierdził Ledent.

Gimnastyka oddechowa powinna być intensywna i stosowana w całej rozciągłości w okresie największego fizjologicznego wzrostu płuc, a więc między 6—10 rokiem życia. Pozatem powinna stanowić część składową ćwiczeń ruchowych dla podtrzymania osiągniętych wyników, względnie wyrównania czasowych odchyleń jak np. przy schorzeniach płuc. Uważam, że uprawianie wyłącznie ćwiczeń ruchowych poza tym okresem przynosi raczej szkodę organizmowi.

Nieprawidłową budową klatki piersiowej zajmował się również Sibert. Wziął on pod uwagę ujemny wpływ wąskich i płaskich klatek piersiowych na rozwój ogólny dziecka i stwierdził, że powstaje on wskutek schorzeń aparatu chrząstkowo-kostnego, wskutek nieodpowiedniego ubrania w wieku dziecięcym, u dzieci zaś prawidłowo zbudowanych głównie wskutek niedbałej postawy, pozatem przy nadmiernym wzroście i przy niedostatecznem wypełnieniu w okresie dojrzewania płciowego, przy czynnościowem lenistwie fizycznem mięśni grzbietowych, nieprawidłowości kręgosłupa i t. d.

Zawsze i wszędzie pamiętać powinniśmy, że i gimnastyka oddechowa niewiele zdziała, o ile zapominać będziemy, że dziecko ma nietylko płuca.

Oszczędzanie dzieci przy ćwiczeniach ruchowych w okresie wzrostu i rozwoju płciowego przeczy wszelkim zasadom rozwoju organizmu. O tem u nas niestety zapominają i lansują oszczędzanie organizmu przy ćwiczeniach ruchowych szczególnie w okresie dojrzewania płciowego u dziewcząt.

To samo powiedzieć trzeba o niewłaściwem i szkodliwem zwalnianiu dziewcząt w szkole od ćwiczeń ruchowych w okresie menstruacji.

Wypadałoby jeszcze zwrócić uwagę na jedno spostrzeżenie Linharda, a mianowicie, że największą pojemność płuc można osiągnąć w pozycji łokciowo-kolanowej względnie na tak zwanych czworakach. U dziecka chorego, u którego płuca osłabione nie nadają się do ćwiczeń ruchowych, przynajmniej czasowo, ustawienie dziecka w pozycji tej stwarza moment wielkiej wagi dla leczenia niedomogi płuc o charakterze stałym czy przejściowym. W piśmiennictwie lekarskiem i wychowania fizycznego od chwili ogłoszenia tego spostrzeżenia, a sporo już czasu od tej chwili upłynęło, nie znalazłem na kilkanaście setek prac ani razu wzmianki o tem spostrzeżeniu lub też o możności jego zastosowania. Żadne, nawet najnowocześniejsze systemy nie wykorzystały tak ważnego spostrzeżenia. Podświadomie wykorzystał to zjawisko Klapp w swoich ćwiczeniach pełzających dla leczenia skrzywień kręgosłupa.

Zbliżamy się do końcowych wywodów. Powyższe zestawienie nie może mieć charakteru dyskusji akademickiej. Wyciągnąłem z piśmiennictwa lekarskiego i wychowania fizycznego spostrzeżenia, które już od lat znalazły w praktyce potwierdzenie i zastosowanie. Nie od dziś zdajemy sobie sprawę, że nasze szkoły potrzebują reorganizacji. Potrzebę tego wyczuwają wszyscy. Jeżeli jednak przeprowadza się reorganizację, to musimy mieć na oku jednak nie formę zewnętrzną szkoły a treść jej.

Musimy zrekapitulować stan i ciężkie grzechy dotychczasowej szkoły z piętnem zaborczem i unikać jej ujemnych stron. Ze stanowiska lekarsko-wychowawczego strony ujemne streszczają się w następujących punktach:

1. Ograniczenia ruchu.
2. Niehigieniczne warunki, głównie nieodpowiednie powietrze.
3. Ognisko schorzeń zakaźnych.
4. Ujemne czynniki psychiczne, które jednak wywierają wpływ na organizm dziecka.

Powyżej wymienione cztery grzechy godzą głównie w dzieci z nastawieniem słabej odporności konstytucjonalnej.

Do mniejszych przewinień zaliczyłbym:

5. Znużenie — bez względu na to z czyjej powstało winy.
6. Szkody wynikłe ze złej postawy, głównie przy siedzeniu w szkole (skrzywienie kręgosłupa, okrągłe plecy i t. d.).
7. Zaburzenia wzroku.

Jednak przyznać tu należy, że wymienione czynniki tkwią już w naszem wychowaniu rodzinnem i że dość znaczny procent dzieci przychodzi do szkoły z piętnem ich działania w wieku przedszkolnym. Szkoła zaś już tylko pogłębia je i utrwala.

I teraz nasuwa się pytanie, dlaczego społeczeństwo i Państwo w imię najwyższego dobra czyni pobór, wybierając zdolnych do służby wojskowej. Dlaczego odracza moment wstąpienia do wojska jednostkom, u których rozwój jest opóźniony.

Natomiast nikt dotąd nie uznał za celowe przeprowadzić przegląd nowowpisywanych do szkoły. Czy nie moglibyśmy zdobyć się na to, ażeby przydział do szkół powszechnych, do szkół na wolnem powietrzu, uzdrowiskowych czy sanatorjów-szkół odbywał się podobnie jak pobór? Głos decydujący powinni mieć leka-

rze i wychowawcy i nikt inny. Ile zaoszczędziłoby się trudu, ile rozczarowań a jak często możnaby było uniknąć i ograniczyć wpływ ujemnych czynników w szkole.

Czy nie należałoby stworzyć warunków takich, w którychby codzienna zmiana środowiska dziecka, z egocentrycznego w domu na społeczne w szkole, nie stwarzała w duszy jego rozdwojenia. Ta bowiem zmiana wywołuje przeczulenie. Uprzytomnijmy sobie, jak zmianę tego środowiska odczuwa dziecko chore czy też słabowite fizycznie i psychicznie...

Czy mamy lub też czy znaleźć możemy sposób, ażeby dziecko w swej strukturze somapsychicznej nie odczuwało różnicy środowiska i otoczenia? Czy tworzenie środowisk dla kalek i fizycznie upośledzonych przed ukończeniem rozwoju organizmu odpowiada zasadom wychowania fizycznego? Czy tworzenie środowisk, które noszą piętno kalectwa wiecznego w swej nazwie i sposobie bycia odpowiadają celowi?

Nie — i stokroć nie.

Dlatego też:

1. Społeczeństwo i Państwo powinno wytężyć wszelkie siły, ażeby tworzyć uzdrowiska czy szkoły sanatoryjne nietylko dla dzieci psychicznie cofniętych w rozwoju, ale także dla dzieci fizycznie w rozwoju upośledzonych.

2. Szkoły w uzdrowiskach powinny mieć program, który gwarantuje ścisłą współpracę lekarza i wychowawcy z uwzględnieniem dewizy: równouprawnienie ciała i ducha. Dlatego też charakter takich zakładów musi być specjalny, z wyodrębnieniem od szkół powszechnych.

3. Program szkoły nie może zamykać dzieci w ścianach czy specjalnych systemach. Możliwie wielka swoboda wychowawców i wychowanków powinna być urzeczywistniona. Szkoła bowiem nie ma tresować, ale wychowywać. Żadnych systemów. Iść za naturalnym popędem dziecka, hamować tylko szkodliwe tendencje.

4. Zabezpieczyć dziecku możliwie największą styczność z przyrodą i życiem naturalnem. Nie budować sztucznych oranżeryj, a tworzyć środowiska, w których dziecko nabywa hartu ciała i ducha.

5. Wypełnić tylko to, czego uczą nas w każdym podręczniku higjeny. A więc: szkoły na wolnem powietrzu i szkoły w uzdrowiskach dla wszystkich dzieci bez wyjątku. W ten sposób zmniejszymy ilość dzieci gruźliczych a skłonnych ochronimy od zapadnięcia na nią. O czasie przebywania w nich decyduje lekarz.

6. Nie budować coraz nowych uzdrowisk a rozbudowywać istniejące.

7. Na czele powinni stać lekarze pedjatrzy i wychowawcy obeznani z życiem fizycznem i psychicznem dziecka.

8. Dzieci gruźlicze i gruźlicą zagrożone powinny przebywać w uzdrowiskach i kolonjach raczej porą zimową, podczas gdy wszystkie inne dzieci raczej porą letnią.

Pomijam wskazania i przeciwwskazania do ćwiczeń ruchowych w szkołach i uzdrowiskach, by nie przedłużać wykładu.

Nie mogę zakończyć, ażeby nie usprawiedliwić się przed szanownymi czytelnikami i sobą z ewentualnego zarzutu, że w dzisiejszych krytycznych czasach, przy bezrobociu i głodzie, szkoły uzdrowiska i na wolnem powietrzu, stosunków nie poprawią. Lecz musimy sobie powiedzieć, że nie mamy prawa walczyć o jedzenie. Chodzi nam o dzieci i o ich racjonalne wychowanie z odżywianiem. Dzieci nawet źle odżywiane potrafią być w warunkach higjenicznych odporne na schorzenia. Przykładem fakt, że w Haale am Saale otwarto pływalnię i stopniowo wszystkie dzieci szkolne musiały do niej uczęszczać. Badania wykazały, że mimo to, iż dzieci przebywały w tych samych warunkach, to jednak stwierdzono znaczny przybytek na wadze, zwiększenie pojemności płuc, zwiększenie ilości barwika krwi, podniesienie sprawności serca — to wszystko właśnie u tych z podupadłym stanem odżywienia. Zaznaczam, że moje obserwacje utwierdziły mię w przekonaniu, że wielką grupę dzieci z tak zwanem „podupadłym stanem odżywienia" nazwałbym raczej „dziećmi dotkniętemi astenją apetytu", wywołaną brakiem powietrza, słońca i ruchu. Często bowiem podupadły organizm nie wykorzystuje racjonalnego choć niedostatecznego pożywienia.

Za koniecznością szkół uzdrowiskowych i szkół na wolnem powietrzu przemawia jeszcze zjawisko, które zaobserwowano w ostatnim dziesiątku lat. Wszelkie zjawiska życia stoją w zależności od słońca. Jest ono bodźcem, który wpływa na korzystny rozwój w przyrodzie. Nie od dziś wiemy, że w zależności od ustawienia ziemi do słońca widzimy dwa okresy jego działania: 1) okres narastania, 2) okres opadania, natężenia zjawisk życiowych. Punktem zwrotnym tych zjawisk jest przesilenie dnia z nocą w okresie jesienno-zimowym. Narastanie biologicznego wpływu słońca odbywa się do czerwca, później ujawnia się tendencja do opadania.

Ćwiczenia ruchowe w okresie jesieni biologicznej przy równouprawnieniu wychowania fizycznego i umysłowego byłyby tym bodźcem, który kompensowałby ujemny wpływ malejącego natężenia działania słońca pod koniec jesieni biologicznej. W okresie biologicznym jesieni dziecko idzie do szkoły przed działaniem i tak krótkotrwałem i o małem nasileniu słońca a opuszcza szkołę już w noc.

Uwagi S a b a t o w s k i e g o wzięcia pod uwagę tych zjawisk w układaniu programu nauczania minęły bez echa.

Mamy nadzieję, że czynniki kompetentne pójdą nam na rękę, i jak wprowadzenie nauki szkolnej w naszem sanatorjum dzięki Dyrektorowi Uzdrowiska Dr. S t a r k i e w i c z o w i zostało życzliwie i trwale poparte i było stale popierane, tak i dalsze Jego i nasze dążenia do stworzenia szkoły specjalnej znajdą życzliwe uwzględnienie w najbliższym czasie.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. H. DRUCKER. Lwów.

Stosowanie hemtysalu w schorzeniach dróg moczowych.

Z Oddziału Urologicznego Państw. Szpitala Powsz. we Lwowie.
Prym. Doc. Dr. St. L a s k o w n i c k i.

Narząd moczowy, przez który zostają wydalane z ustroju drobnoustroje chorobotwórcze i ich jady w przebiegu zakażeń, jest szczególnie narażony na usadawianie się w nim zakażenia. Zakażenie dróg moczowych *(pyelitis, pyelonephritis, ureteritis)* może nastąpić w trojaki sposób:

1) drogą zstępującą (hematogeniczną); 2) drogą wstępującą, gdy sprawa wychodzi z pęcherza i posuwa się wgórę do miedniczek i nerek, przyczem bardzo ważne ma znaczenie patologiczne cofanie się zakażonego moczu z pęcherza do moczowodów i miedniczek *(reflux)*.

Czynnikiem wywołującym może być zaleganie kału w jelitach, zwłaszcza w zapaleniu miedniczek na tle pałeczki okrężnicy, pozatem zapalenie migdałków, ropienie pochodzenia zębowego i t. p.; 3) drogą naczyń chłonnych, gdy zakażenie przechodzi naczyniami chłonnemi wzdłuż moczowodów z pęcherza lub też z otoczenia *(per continuitatem)*.

Jeśli weźmie się pod uwagę czynniki przyczynowe wywołujące zmiany chorobowe w narządzie moczowym, to o leczeniu zapobiegawczem nie może być mowy, toteż rozpoczyna się je dopiero z chwilą wystąpienia objawów. Leczenie schorzeń dróg moczowych napotyka często na trudności natury mechanicznej, czy anatomicznej, uniemożliwiając wprowadzenie środków leczniczych w schorzały odcinek narządu moczowego. W tych przypadkach, jakoteż i w innych, nienastręczających nawet trudności w leczeniu miejscowem, stosuje się środki, które drogą krwiobiegu wprowadzone do organizmu a wydzielane przez nerki, przechodzą przez cały narząd moczowy i działają bakterjobójczo i leczniczo wzdłuż całej swej drogi.

Jednym z pierwszych środków stosowanych w lecznictwie chorób dróg moczowych była urotropina, wprowadzona w roku 1894 przez N i c o l a i e r a. Urotropina — heksametylentetramina działa rozszczepiając się na dwa ciała chemiczne — aldehyd mrówkowy i amoniak — z których pierwszy posiada wybitne własności bakterjobójcze. Rozszczepienie to powstaje w moczu kwaśnym lub obojętnym. W moczu zasadowym konieczne jest bezwzględne jego zakwaszenie, celem uzyskania działania urotropiny, która w środowisku zasadowem nie ulega rozbiciu i przechodzi do moczu w postaci niewywierającej żadnego działania odkażającego na drobnoustroje. W ostatnich czasach zaczęto stosować preparaty urotropinowe dożylnie, dlatego, aby podnieść stężenie środka wprowadzonego nagle w dość dużej ilości do żyły, skąd szybko dostaje się do naczyń krwionośnych nerki i przechodzi do moczu naraz w dużej ilości. Heksametylentetramina podawana wewnętrznie działa bakterjobójczo dopiero wtedy, gdy uzyskamy przez podanie dostatecznie dużej ilości pewne minimum stężenia środka odkażającego w moczu. Podanie urotropiny dożylnie działa na drobnoustroje szybciej i intensywniej.

Pierwszym tego rodzaju preparatem produkcji krajowej jest *Hemthysal*, wyrabiany przez firmę L. Spiess w Warszawie. Zawiera on urotropinę w połączeniu z dwoma innemi składnikami, przez co działanie jej jest wzmożone. Zawiera on poza urotropiną, *natr. salic.* i *coff. natr. salic.* w następującym składzie:

Hexamethylentetramini 2,0, *Natr. salic.* 0,8, *Coff. natr. salic.* 0,2 w 5 cm^3 roztworu.

Salicylan sodu wzmaga działanie urotropiny przez wzmożone utlenianie i ułatwianie rozszczepiania aldehydu mrówkowego z urotropiny, nawet w oddziaływaniu zasadowem, wedle Piccarda. Pozatem wpływa na ośrodek ciepłoty powodując jej spadek i uśmierza ból, pomijając już to, że sam jest środkiem bakterjobójczym. *Coff. natr. salic.* wpływa na serce i krążenie, powodując lepsze ukrwienie nerki a co za tem idzie, wzmaga diurezę.

Hemtysal można stosować 1) dożylnie, 2) wśródmięśniowo, 3) miejscowo do pęcherza. Najskuteczniejsze i najszybsze w działaniu jest podawanie dożylne. Wstrzykuje się 5—10 cm³ do żyły co trzeci dzień, w przypadkach ciężkich nawet codziennie. W przypadkach, w których są trudności przy wstrzykiwaniach dożylnych, stosuje się ten preparat domięśniowo z dodatkiem środka znieczulającego.

Stosuje się w różnych stanach zapalnych nerek i miedniczek nerkowych, pęcherza, w ostrych i przewlekłych stanach zapalnych stercza, w przypadkach uwięzgniętych kamieni w moczowodach i w cewce moczowej, nadto w zapaleniach miedniczek nerkowych u ciężarnych i w okresie popołogowym. Preparat ten daje również dobre wyniki w przypadkach pooperacyjnego zatrzymania moczu, w których często już jedno wstrzyknięcie dożylne wywołuje skutek pożądany.

Doświadczenia nasze dotyczą czterdziestu chorych leczonych na Oddziale Urologicznym Państw. Szpitala Powszechnego we Lwowie. Dla objaśnienia podam opisy kilku przypadków.

Przypadek I. *Cystopyelitis, urethritis et adnexitis ambilat.* E. W. lat 30, zarobnica, skierowana z Oddziału Wewn. Szpitala spowodu silnych bólów w okolicy nerki prawej. U chorej wzrostu średniego, budowy prawidłowej, stwierdzono ciepłotę 39,6°. Przy badaniu okolica nerki prawej bolesna na obmacywanie i opukiwanie. Jak chora podaje, ma bóle i pieczenie w czasie oddawania moczu, ciepłotę podwyższoną od 3 tygodni. Po wykonaniu wziernikowania pęcherza i zasondowaniu moczowodów stwierdzono osłabienie wydzielania barwika po stronie prawej (barwik wstrzyknięto dożylnie). Mocz pobrany cewnikami moczowodowemi po stronie prawej jest mętny, a pod mikroskopem i w hodowli stwierdzono pałeczkę okrężnicy. Pyelografja wstępująca wykazała, że kieliszki i miedniczki nerkowe wypełniają się prawidłowo po stronie lewej, natomiast po prawej skąpo i matowo. Rozpoczęto leczenie codziennem przepłókiwaniem pęcherza roztworem azotanu srebra 0.5:1.000,0 oraz wstrzykiwaniem hemtysalu dożylnie codziennie po 5 cm³. Już w następnym dniu ciepłota ciała opadła, bóle zmniejszyły się, mocz się wyjaśnił. Po siedmiu dniach objawy ustąpiły zupełnie, badanie kontrolne wykazało jałowość moczu. Chora opuszcza oddział wyleczona.

Przypadek II. *Cystopyelitis.* Z. E. lat 26, żona zarobnika. Zgłasza się spowodu silnych bólów w okolicy krzyżowej oraz parcia na mocz. Badaniem stwierdza się: obustronną bolesność w okolicy nerek przy opukiwaniu i obmacywaniu. Mocz jest przejrzysty, w osadzie kilka do kilkunastu leukocytów w polu widzenia; badanie bakterjologiczne moczu wykazało gronkowce. Ciepłota 37,8°. Chromocystoskopja: błona śluzowa pęcherza przekrwiona, ujścia moczowodowe bez zmian. Barwik (indygotropina) wstrzyknięty dożylnie wydziela się w 5 minucie przy prądzie i wysyceniu odpowiedniem.

Leczenie rozpoczęto w pierwszym dniu zastrzykiem nowarsenobenzolu (0,15). W następnym dniu ciepłota się obniżyła, istnieje parcie na mocz i bóle utrzymują się, wstrzyknięto 5 cm³ hemtysalu dożylnie, co powtarzano co drugi dzień. W następstwie tego zmniejszyły się objawy podmiotowe, a po czterech zastrzykach zupełnie ustąpiły.

Przypadek III. *Pyelitis sinistra.* D. W. lat 62, urzędnik. Zgłasza się z bólami w okolicy krzyżowej, trwającemi kilka dni i parciem na mocz. Ciepłota ciała 38.8°. Chromocystoskopja: pojemność pęcherza prawidłowa, błona śluzowa w całości lekko przekrwiona, ujście prawe bez zmian, lewe punkcikowate, tuż obok ujścia moczowodu lewego stwierdza się mały brodawczak. Indygotropina wstrzyknięta dożylnie wydziela się z prawego ujścia moczowodowego prądem silnym i dobrze wysyconym w 5 minucie. Z ujścia lewego prądem cieniutkim o wysyceniu gorszem. Badanie moczu: ślad białka, w osadzie zbite grupy leukocytów. Bakterjologicznie: w hodowli pałeczki okrężnicy. Pyelografja wstępująca: dolny biegun nerki lewej na wysokości wyrostka poprzecznego L. IV. Miedniczka lewa na wysokości szpary stawowej między kręgiem L II. a L. III. Miedniczka lewa i kieliszki o świetle szerokiem. Kontury nerki prawej prześwietlone gazami. Rozpoczęto dożylne wstrzykiwanie hemtysalu codziennie po 5 cm³. Temperatura utrzymuje się w granicach od 37,1° do 37,8°. Parcie na mocz oraz bóle mniejsze. Wstrzyknięto dożylnie trypaflawinę. Wystąpiło silne brązowe zabarwienie skóry (chory leżał pod oknem, wystawiony na działanie słońca). Zgłębnikowano oba moczowody, pobrano oddzielnie mocz do badania bakterjologicznego i przepłókano miedniczki nerkowe roztworem azotanu srebra 1,0:500,0. Badanie bakterjologiczne wykazało pałeczki okrężnicy. Hemtysal zastosowano w zastrzykach dożylnych codziennie po 5 cm³. W następstwie ciepłota opada do normy z małemi okresowemi podwyżkami; poprawa stanu podmiotowego i przedmiotowego. Badanie moczu wykazało w hodowli jałowość po ośmiu zastrzykach.

Przypadek IV. *Pyelonephritis dextra, cystitis purulenta.* M. S. lat 53, handlarz. Przed trzema tygodniami przechodził zapalenie gardła, trwające 8 dni. Od kilku dni bóle w okolicy nerki prawej, dreszcze, podwyższona ciepłota do 39,8°, nudności i wymioty, parcie na mocz. Stan obecny: bolesność w okolicy nerki prawej i pęcherza przy obmacywaniu. Mocz: mętnokrwawy, woń amoniakalna. W osadzie liczne ciałka czerwone, 60—80 ciałek białych w polu widzenia, pojedyncze wałeczki szkliste i ziarniste. Badanie bakterjologiczne wykazuje pałeczkę okrężnicy. Spowodu ciężkiego stanu nie wykonano badania cystoskopowego. Leczenie: codzienne zastrzyki dożylne hemtysalu po 5 cm³. Po czterech dniach stan podmiotowy lepszy, mocz oczyszcza się. Cystoskopja wykonana w piątym dniu wykazuje: przekrwienie i obrzęk całej błony śluzowej pęcherza, liczne wybroczyny. Z ujścia moczowodu prawego uchodzi mocz mętny, okolica ujścia lekko zaczerwieniona. Indygotropina wstrzyknięta dożylnie wydobywa się z prawego ujścia w 11 minucie, z lewego zaś w 8 minucie. Po 12 zastrzykach hemtysalu oraz płókaniu pęcherza roztworem azotanu srebra poprawa stanu ogólnego i miejscowa wybitna, ciepłota prawidłowa. Wziernikowanie pęcherza kontrolne po tym czasie wykazuje: ujście moczowodowe prawe jest nieznacznie obrzękłe, lewe prawidłowe, z obu moczowodów wychodzi mocz w 7 minucie zabarwiony jednakowem nasyceniem.

Przypadek V. *Prostatitis chronica.* M. A., lat 22, student uniwersytetu. Przed rokiem przechodził zakażenie rzeżączkowe, obecnie zgłasza się spowodu bólów i częstego oddawania moczu (8—10 razy dziennie). Badaniem stwierdza się bolesność w okolicy krzyżowej i pęcherza. Przez odbytnicę wyczuwa się wyraźne zmiękczenie w środku stwardniałego stercza, bolesność na ucisk. Mocz lekko mętny, w osadzie dość liczne leukocyty, pojedyncze nabłonki płaskie. Próba benzydynowa nad osadem ujemna. Mocz po masażu gruczołu krokowego mętny, drobnowidowo metodą Grama: liczne leukocyty, nieliczne nabłonki płaskie, pojedyncze plemniki. W hodowli gronkowiec złocisty. Badanie wziernikiem: błona śluzowa pęcherza przekrwiona, okolica ujść moczowodowych bez zmian. Zwieracz pęcherza nierówny, wykazujący na brzegu wypuklenia. Indygotropina wstrzyknięta dożylnie wydziela się obustronnie w 5' prądem i wysyceniem dobrem. Zastosowano masaż stercza i zastrzyki dożylne hemtysalu co 2 dzień. Po 5 wstrzyknięciach mocz się wyjaśnia, w osadzie leukocytów 20—30, pojedyncze nabłonki płaskie i okrągłe. W hodowli nieliczne kolonje gronkowca białego. Zmniejszenie objawów podmiotowych. Dalsze wstrzykiwania hemtysalu dają po 12 zastrzykach zupełną poprawę, kontrolne badania moczu wykazują jego jałowość.

Osobną grupę stanowią przypadki zapaleń miedniczek nerkowych u ciężarnych i w połogu. Zmiany anatomo-patologiczne tego schorzenia nie różnią się zasadniczo, jeżeli się pominie znaczne rozszerzenie i niedowład chorego moczowodu i miedniczek od zmian występujących w zwyczajnem zapaleniu miedniczek u kobiet niebędących w ciąży. Schorzenie to jednak przebiega u ciężarnych zwykle pod postacią znacznie cięższą, z gwałtownemi bólami, wysoką ciepłotą, dreszczami. Zakażenie ma skłonność do uogólniania się i łatwo przechodzi w ogólne zakażenie *(sepsis)*. Występuje zwłaszcza u pierwiastek w pierwszych miesiącach ciąży, rzadko w późniejszych czasem jako powikłanie poporodowe (etjologicznie ma tu znaczenie uraz podczas porodu), popołogowe powikłania ze strony pęcherza moczowego wreszcie zaostrzenie się utajonego stanu zapalnego miedniczek nerkowych. W przypadkach tych zapaleń miedniczek nerkowych stosowaliśmy obok leczenia higieniczno-dietetycznego i zwiększonego podawania płynów, przepłókiwanie miedniczek nerkowych oraz hemtysal dożylnie.

Przypadek VI. *Cystopyelitis, graviditas* VII. — M. N., lat 22, żona drogomistrza. Przed 4 dniami uczuła bóle w podżebrzu prawem. Tegoż dnia wystąpiły wymioty, w dniu następnym podwyżka ciepłoty. Przy badaniu stwierdza się: ostudy ciężarnych *(chloasma gravidarum)*, macica sięga 2 palce poniżej wyrostka mieczykowatego. Mocz: mętny, ślad białka, w osadzie kilkanaście leukocytów w polu widzenia, liczne drobnoustroje. Chromocystoskopja: błona śluzowa pęcherza i okolica ujść bez zmian. Ujście moczowodowe lewe wydziela barwik wstrzyknięty dożylnie w 5' prawidłowo, prawe zaś do 10' barwika nie wydzieliło. Przy próbie założenia cewnika moczowodowego po stronie prawej stwierdza się opór trudny do pokonania, odległy około 3 cm od ujścia moczowodu. Leczenie: obok leczenia higjeniczno-dietetycznego wstrzy-

kiwano codziennie 5 cm³ hemtysalu dożylnie. Po 5 zastrzykach zupełne wyleczenie, mocz jałowy bez zmian. Na powtórne badanie cystoskopowe chora się nie zgadza, opuszcza oddział.

Przypadek VII. *Pyelitis, graviditas* VI. — E. L., lat 24, żona zarobnika. Przeniesiona z Oddziału Ginekologicznego na Oddział Urologiczny spowodu silnych bólów w okolicy nerki prawej, którym towarzyszą dreszcze i wymioty. Badaniem stwierdza się bolesność w czasie opukiwania i obmacywania okolicy nerki prawej. Płuca i serce bez zmian. Macica sięga powyżej pępka. Mocz: białko obecne, w osadzie kilkanaście ciałek białych, liczne drobnoustroje. Chromocystoskopja: błona śluzowa pęcherza przekrwiona, ujście prawidłowe. Ujście moczowodowe lewe wydziela barwik w 8' prądem i wysyceniem odpowiedniem, ujście prawe do 15' barwika nie wydzieliło. Ciepłota 38.5°. Wstrzyknięto 5 cm³ hemtysalu dożylnie, w następnym dniu ciepłota spada do normy, po dalszych 5 wstrzyknięciach dożylnych hemtysalu objawy chorobowe znikają. Badanie kontrolne moczu wykazało mocz jasny, przejrzysty, bez białka; w osadzie 6—8 ciałek białych. Chora opuszcza oddział z poleceniem zgłaszania się w razie nawrotu, co jednak dotychczas t. j. po 6 tygodniach nie nastąpiło.

Jak z doświadczeń naszych wynika, hemtysal, stosowany na Oddziele Urologicznym Państwowego Szpitala Powsz. we Lwowie, okazał się dzielnym środkiem leczniczym, wpływającym korzystnie na przebieg i czas trwania schorzenia. Czasem już jedno wstrzyknięcie dożylne hemtysalu powoduje spadek ciepłoty, wywołuje lepsze samopoczucie u chorego, poprawę tętna. Wyraźnie występuje działanie odkażające tego środka, gdyż już czasem po 3—4 dniach znikają z moczu drobnoustroje i mocz się szybko oczyszcza. Środek ten nie wywołuje żadnych objawów ubocznych. Bezkrytyczne stosowanie tego środka przy wszystkich sprawach ropnych dróg moczowych nie jest wskazane, gdyż wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z zamkniętem ropnem ogniskiem, z utrudnieniem odpływu ropy z niego *(pyonephrosis)*, działanie hemtysalu jest minimalne i bardzo problematyczne.

Hemtysal okazuje swoje doskonałe działanie wszędzie tam, gdzie, przechodząc do moczu, rozbija się w nim na aldehyd mrówkowy i tam w odpowiedniem stężeniu wywołuje silne działanie bakterjobójcze. Leczenia nie należy przerywać za wcześnie, lecz należy dążyć do tego, żeby mocz się oczyścił i żeby z moczu znikła ropa oraz drobnoustroje.

W licznych przypadkach, w których stosowaliśmy hemtysal, okazało się, że nie ustępuje on w niczem drogim preparatom zagranicznym. Zaznaczyć należy, że ujemne wyniki leczenia oraz przejście spraw ostrych w schorzenia przewlekłe *(pyelitis chronica)* są następstwem zbyt wczesnego przerwania leczenia.

Dr. M. LEINKRAMÓWNA. Kraków.

„Efisan" polski preparat leczniczy w zastosowaniu u dorosłych.

Z Oddziału Wewnętrznego Szpitala Żydowskiego w Krakowie.
Prymarjusz: Dr. M. Blassberg.

Uprzejmości fabryki „Spiess i Syn" zawdzięczamy dostarczenie nam dużej ilości nowego preparatu żelazowo-fosforowego — *Efisanu*. Jest to organiczny związek 5% roztworu wodnego inozytofosforanu dwuetyloamidowożelazowego, z dodatkiem metylarsynianu sodowego oraz substancji smakowej. Co do działania leczniczego — efisan skupia działanie fosforu i żelaza i oddziaływa zarówno na układ krwiotwórczy, jak i na ustrój nerwowy i psychiczny chorego. Dużo różnych przetworów dostajemy do wypróbowania i dlatego wstrzemięźliwie odnosimy się do nowych wytworów, któremi nas stale wytwórnie zasypują, lecz efisan ze względu na korzystny skład postanowiliśmy wypróbować. Zachęceni pierwszemi próbami, które wypadły pomyślnie, zastosowaliśmy powyższy przetwór u 36 chorych stałych, oraz przychodnich oddziału wewnętrznego. Podawaliśmy efisan w przypadkach ciężkich anemij wtórnych, oraz w stanach wyczerpania ogólnego. Kontrolne badania krwi wykonywane raz na tydzień jak i przyrost wagi, oraz samopoczucie chorych poprawiały się z tygodnia na tydzień, a po 4—6 tygodniowem stosowaniu efisanu dalsze leczenie było zbędne. Dla przykładu przytoczę kilka przypadków:

I. Chora S. K. lat 36, zgłasza się do szpitala spowodu ogólnego osłabienia, zawrotów głowy, bólów w okolicy prawego podżebrza, nudności. Badaniem przedmiotowem stwierdza się: wzrost średni, wygląd chorej wyniszczony, skóra o zabarwieniu ziemistem, błony śluzowe blade, waga: 46,70 kg, narząd oddechowy bez zmian, serce w granicach normy, tony ciche, tętno miarowe, słabiej napięte. Wątroba nieco powiększona, tkliwa, śledziona niepowiększona, niebolesna. Ciśnienie krwi prawidłowe. Przechodziła operację jajników przed paru laty, oraz kamicę żółciową. Badanie moczu wykazuje ślad białka, w osadzie po kilkanaście ciałek białych w polu widzenia. Badanie krwi wykazuje 2,350,000 krw. czerwonych, Hb 42%, wskaźnik — 0.91, leukocytoza 7,200. W rozmazie: obojętnochłonnych 44%, limfocytów 45%, zasadochłonnych 2%, monocytów 5%, pałeczek 3%, młodych 2%. Krwinki czerwone blade, wśród nich sporo mikro- i anizocytów. Badanie promieniami Roentgena klatki piersiowej wykazało stosunki prawidłowe. Zastosowano efisan (2 razy dziennie łyżkę stołową). Po tygodniowem zażywaniu leku, chora czuje się silniejsza, łaknienie lepsze, badanie krwi wykazuje wzrost równoległy ilości k. czerwonych i hemoglobiny. Po dwóch tygodniach chorej przybyło ponad 2 kg na wadze, wartości krwi zbliżają się do stosunków prawidłowych, chora ma dobre samopoczucie — wychodzi ze szpitala na własne żądanie. Polecono nadal zażywać efisan i zgłosić się za 2 tygodnie. Po 2 tygodniach ozdrowienica zgłasza się w pełni zdrowia, waga wynosi 50,20 kg. Badanie krwi wykazuje 92% Hb, około 4.000.000 k. czerwonych. Krwinki czerwone o wyglądzie prawidłowym.

II. Chory L. I. lat 80, oddawna leczony w szpitalu. Zgłasza się tym razem spowodu napadów duszności i ogólnego osłabienia. Badanie przedmiotowe wykazuje: osobnik wychudzony o bladych błonach śluzowych, nie ma siły na tyle, by stać. Narząd oddechowy — silna rozedma, nieżyt oskrzeli, serce starcze. W moczu zmian niema. Badanie krwi wykazuje: Hb 40%, ilość k. czerwonych 2,470.000, k. białych 8,700. W rozmazie k. czerwone wykazują anizo- i poikilocytozę. Polecono stosować kofeinę, zastrzyki arsenu, wapń, oraz *ferrum reductum*. Chory tego ostatniego leku nie znosi, wymiotuje, odczuwa ucisk i ból w okolicy żołądka — po kilku dniach na skutek braku wyniku leczenia, odstawia się wszystko za wyjątkiem wapnia: podaje się efisan, — przy tym środku chory nie ma dolegliwości, poprawia się z dnia na dzień, kontrolne badanie krwi po 10 dniach wykazuje Hb 55%, k. czerwonych 3,780,000, w rozmazie mniej poikilocytów. Barwienie barwikiem *„Brillantkresilblau"* wykazało retikulocyty — czyli szpik kostny jest zdolny do odnowy. Po dalszych 14 dniach chory wstaje, czuje się silniejszy, przybrał na wadze. Badanie krwi: ilość k. czerwonych 4,100.000, Hb 68%. Chory opuszcza szpital.

III. Chora E. Ch. lat 33, przeniesiona z oddziału chorób kobiecych. Urodziła przedwcześnie nieżywe dziecko. Po porodzie duży krwotok. Kilka dni później wysoka gorączka, bóle głowy, bóle w obu kończynach dolnych, ogólne osłabienie, brak łaknienia. Badaniem przedmiotowem stwierdza się, że chora jest blada, wyniszczona, ciepłota 37,6°, płuca, serce, brzuch bez zmian, kończyny dolne obrzękłe, twarde i bolesne — *thrombophlebitis*. Badanie moczu wykazuje stosunki prawidłowe. Badanie krwi: Hb 40%, ilość k. czerwonych 1,605.000, k. białych 4,200. W rozmazie anizo- i poikilocytoza. Leczenie: kończyny ustalono na szynach, wewnętrznie kofeina i efisan. Po 20 dniach chora czuje się lepiej, lewa kończyna wyleczona, prawa mniej obrzękła, ciepłota prawidłowa. Badanie krwi: Hb 46%, ilość k. czerwonych 2,820,000, wskaźnik 0,8. Efisan odstawiono. Po 10 dniach ponownie go podano, ponieważ chora czuła się jeszcze osłabiona. Po tygodniu ponownego zastosowania efisanu, wartości krwi następujące: Hb 54%, ilość k. czerwonych 3,130.000, wskaźnik 0,88. W rozmazie 58% obojętnochłonnych, 34% limfocytów, 7% kwasochłonych, 1% monocytów. Chora czuje się bardzo dobrze, opuszcza szpital.

IV. Chora G. D. lat 48, zgłasza się spowodu *„polyarthritis rheumatica"*. Leczona różnemi sposobami bezskutecznie, skarży się na bóle w stawach, zwłaszcza drobnych, na osłabienie ogólne i brak łaknienia. Chora blada, wyniszczona, drobne stawy u rąk zniekształcone, obrzękłe, bolesne, ciepłota prawidłowa, narządy: oddechowy, krążenia i trawienia prawidłowe. Badanie krwi wykazuje: Hb 75%, ilość k. czerwonych 2,800.000, k. białych 3,500. W rozmazie mikrocyty i anizocyty. Zastosowano: leczenie stawów promieniami Roentgena, oraz wewnętrznie efisan. Kontrolne ostatnie badanie krwi po 3 tygodniowem leczeniu wykazało k. czerwonych: 5,000.000. Hb 85%, k. białych 5.600. Chora ma dobre łaknienie, przybrała na wadze, bóle w stawach zmniejszyły się znacznie. W tym przypadku leczenie promieniami Roentgena i efisanem okazały się jedynie skuteczne.

Te dobre wyniki uzyskaliśmy w 90% przypadków (łącznie z chorymi przychodnimi). Jeśli u chorych stałych częściowy skutek możnaby przypisać ogólnemu postępowaniu szpitalnemu, zmianie otoczenia i t. p., to czynnik ten odpada u chorych dochodzących. Mamy więc w efisanie dobrze przez ustrój przyswajalny przetwór organiczny, niedrażniący błony śluzowej przewodu pokarmowego, o działaniu korzystnem na układ krwiotwórczy i ogólny ustrój chorego; — można go zatem szczerze polecić do szerokiego stosowania.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Klinika Współczesna. Nr. 11. 1934. Miesięcznik referatowy.

Zdrowie Publiczne. Nr. 11. 1934. Paluch E.: Żywienie się i stan odżywienia ludności bezrobotnej w Polsce. — Sporzyński T.: Problem walki z ospą w świetle obecnej sytuacji epidemjologicznej. — Przesmycki F.: Dalsze etapy pracy Państwowego Zakładu Higjeny w walce z chorobami zakaźnemi. — Konowski S.: Uwagi w sprawie propagandy walki z gruźlicą.

Trzeźwość. Nr. 11. 1934. Kuropatwiński A.: Strategja i taktyka w wojnie o trzeźwość narodu. — Bortkowski W.: Z dziejów ruchu abstynenckiego w krajach anglosaskich.

Młoda Matka. Nr. 23. 1934. Wiszniewski J.: Kilka słów o krzyku dziecka. — Klęsk A.: O ciepłocie ciała.

Prasa Lekarska. Nr. 12. 1934. Miesięcznik referatowy i *Monografje Lekarskie.* Z. 12.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Nr. 12. 1934. Stern E.: Druga nowelizacja ustawy o ubezpieczeniu społecznem robotników w Czechosłowacji. — Wanatowski A.: Wypadki losowe wśród ubezpieczonych i rencistów zakładów ubezpieczeń pracowników umysłowych. — Moskwa M.: Funkcjonalność instytucyj ubezpieczeń społecznych. — Ł. J.: Ubezpieczenie społeczne pracowników samorządów terytorjalnych w świetle obowiązującego stanu prawnego. — Garlicki R.: Organizacja wypłat świadczeń rentowych.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 48. 1934. Okrasiński M.: O badaniach nad obrazami krystalizacji, jakie tworzą się podczas krzepnięcia kwasów tłuszczowych. — Duczko K.: Elektrosynteza amalgamatów: srebra, cyny i cynku oraz budowa tychże. — Filipowicz W.: Na marginesie III Kongresu Federacji Farmaceutów słowiańskich w Jugosławji.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 45. 1934. Festensztat A.: Postępy pedjatrji w ostatniem dziesięcioleciu. — Kotok P.: Z kazuistyki kiły wątroby. — Szejnberg J.: Znaczenie rozpoznawcze interferometrji w schorzeniach gruczołów wewnątrzwydzielniczych. — Lapidus A.: Uproszczona metoda oznaczania ilości indykanu w krwi. — Frenkiel B. i Hurwicz S.: Kastracja i sterylizacja (dok.). — Lewin G.: Odpowiedzialność karna lekarza w świetle rozporządzenia o wykonywaniu praktyki lekarskiej. — Muszkatblat B.: Zagadnienia medycyny społecznej, higjeny i bezpieczeństwa pracy na terenie Wojskowego Zakładu Pirotechnicznego w roku 1933—1934.

OCENY.

Zarys leczenia złamań i zwichnięć. Cz. I. Leczenie nieoperacyjne. A. WOJCIECHOWSKI. Warszawa. 1934. Str. 364.

Polskie piśmiennictwo traumatologiczne zanotowało w przeciągu kilku miesięcy drugą nową pozycję. Po Böhlerze w tłumaczeniu Sokołowskiego ukazuje się książka Wojciechowskiego. Autor przeznacza ją dla słuchaczy i lekarzy praktyków. Stanowisko to nie wydaje mi się słuszne. Lekarz praktyk może leczyć chyba tylko najprostsze uszkodzenia aparatu ruchowego, odważniejsze próby kończą się zazwyczaj smutnemi następstwami. Już conajmniej wydaje się wątpliwe, czy lekarz praktyk wziąłby się do leczenia złamania szyjki kości udowej sposobem Withmana lub do zakładania gorsetu przy złamaniu kręgów. Natomiast każdy chirurg chętnie zaznajomi się z doświadczeniem autora pracującego przez szereg lat na oddziale dobrze urządzonym przy obfitym materjale, chociażby nie doprowadziło ono do stworzenia oryginalnego systemu. Takie nastawienie Autora pozwoliłoby mu pominąć pewne ogólne rozważania o charakterze przeglądowym i sprawozdawczym, a poświęcić więcej miejsca części technicznej.

W wykładzie W. widać duży wpływ prac Böhlera (np. leczenie złamań w zakresie przedramienia), któremu też przyznaje we wstępie znaczne zasługi nad rozbudową traumatologji w całym świecie, tak samo i u nas. Omawiana książka jest częścią I. obejmującą leczenie nieoperacyjne złamań. Dla chirurga ciekawą będzie część II. wobec wyraźnie zachowawczego nastawienia Autora w dotychczasowych rozdziałach z tem jednak, że liczy się z koniecznością krwawego leczenia w pewnych przypadkach. Wobec chwiejnej ciągle jeszcze linji granicznej między postępowaniem zachowawczem a operacyjnem, praca obejmująca całokształt leczenia złamań napisana przez jednego autora na podstawie własnych doświadczeń mogłaby mieć dużą wartość.

Strona zewnętrzna staranna. Rysunki schematyczne dobre; rentgenogramy naogół wyraźne; odbitki fotograficzne wadliwe, gdyż zamiast jednolitego obojętnego tła rozpraszają uwagę szeregiem szczegółów ubocznych. Wykład płynny, czyta się bez znużenia.

Życzyć należy Autorowi, by przebył szczęśliwie trudności wydawnicze i dokończył rozpoczętej pracy.

K. Czyżewski (Drohobycz).

Podręcznik pielęgniarstwa i ratownictwa pod redakcją A. FIUMELA. Wyd. Koło Wydawnicze oficerów korpusu sanitarnego. Warszawa. 1934.

W rozbudowie życia powojennego wprowadzono na najrozmaitszych polach „dokształcanie". Dokształca się fachowców w zakresie nowości ich zawodu, dokształca się drogą kursów laików do podjęcia zadań wysuwanych przez życie, dla których brak sił zawodowych. W zakresie sztuki pielęgniarskiej i ratowniczej urządzamy kursy w ramach przysposobienia wojskowego, kursy obrony przeciwgazowej, walki z gruźlicą, jaglicą, alkoholizmem. Omawiany podręcznik zbiorowy robi wrażenie tworu, który z różnych takich kursów wyszedł i przyszłym ma służyć. Dla zawodowych kursów pielęgniarskich jest w obecnej postaci za mały; dla przykładu wymienimy: zbyt skąpe wiadomości o chorobach zakaźnych, o praktycznej dietetyce, brak ustępu o opiece nad ciężarną i położnicą.

Książka posiada ustępy doskonałe jak anatomję i fizjologię, ogólne zasady pielęgniarstwa. Ratownictwo przeciwgazowe ujęte jest w stosunku do całości zbyt szczegółowo i teoretycznie, natomiast brak rozdziału obrazującego właściwe czynności pielęgniarskie w specjalnych warunkach schronu i schemat życia w nim: brak nawet odpowiednich rysunków i planów. Rozdział o pierwszej pomocy chirurgicznej razi suchym stylem wzorowanym na służbowych przepisach wojskowych; roi się tu od zbędnych i ciężkich definicyj jak np. „Poważną postacią uszkodzenia jest złamanie kości, które jest nagle powstałem przerwaniem jej ciągłości"; nie zgodziłbym się również na takie zalecanie praktyczne, by przy większej ilości opatrunków myć ręce przez 15' przed wykonaniem każdego z nich. Niektóre ustępy jak higjena sportu, gruźlica, jaglica, alkoholizm budzą wątpliwości, czy umieszczenie ich w tej postaci luźno związanej z czynnościami pielęgniarskiemi, było celowe dla podręcznika, działy te wymagają ponownego opracowania i uzupełnienia przedewszystkiem danemi organizacyjnemi dla czynności pielęgniarskich na poszczególnych polach.

Pewne niedociągnięcia pochodzą częściowo od zbiorowego charakteru podręcznika i dadzą się łatwo w następnem wydaniu usunąć i tak: terminologja nie jest jednolita *(art. radialis* nazywana jest raz promieniową, raz sprychową; *art. carotis,* szyjną i senną); błąkają się niby spolszczone nazwy obce (drobnoustroje „spornje"); ciepłotę podaje się w stopniach C i R. Ryciny są naogół bardzo słabe i nieprzemyślane; odbitki fotograficzne powinny mieć tło jednolite, a nie obojętne szczegóły urządzenia i kontrastowe, a nie białe prześcieradła dla białych płaszczy pielęgniarskich; legenda do rysunku serca jest błędna.

Z tem wszystkiem książka jako pierwszy etap rozbudowy nowoczesnego podręcznika pielęgniarstwa i ratownictwa posiada niezaprzeczoną wartość. Dla wykładowcy na różnych kursach popularnych stanowi cenną niejednokrotnie bibljoteczkę podręczną w jednym tomie; po odpowiednich skrótach i rozszerzeniach może służyć dobrze nawet zawodowym pielęgniarkom i słuchaczom kursów sanitarnych. *K. Czyżewski* (Drohobycz).

Hygiène et régimes des obèses. GILBERT - DREYFUS. G. Doin. Paris. 1934. Cena 12 fr. fr.

W przeciwieństwie do wielu innych stanów chorobowych nie można leczyć otyłości bez dokładnego pouczenia pacjenta o stanie jego zdrowia. Głównym przecież środkiem leczniczym jest ograniczenie odżywienia, a niema mowy o skrupulatnem przeprowadzeniu takiego leczenia bez żywego współdziałania pacjenta. Otóż książeczka recenzowana nadaje się znakomicie do pouczenia otyłego o jego stanie i niebezpieczeństwach, które ze stanem tym się łączą; budzi ona zaufanie w skuteczność zarządzeń lekarskich; wreszcie nakreśla wyraźną granicę między zarządzeniami, które są monopolem lekarza, a temi przepisami dietetycznemi, które mogą być w pewnych granicach zależne od woli i usposobienia pacjenta. Również i lekarz przeczyta tę książeczkę z korzyścią, dopomoże mu ona do uporządkowania wiadomości z tej dziedziny oraz wskaże sposób przedstawienia pacjentowi jego stanu.

W. Mozołowski (Lwów).

L'aérophagie. (Połykanie powietrza). G. LEVEN. Edition G. Doin et Cie, Paris, 1934. Str. 278. Cena 20 fr.

Schorzenie powyższe jest częste, a niewłaściwie leczone, bardzo uporczywe. W piśmiennictwie francuskiem poświęca się aerofagji więcej uwagi, w niemieckiem mało. W podręcznikach o chorobach wewnętrznych, nawet tak obszernych jak Kraus'a-Brugsch'a, i w Neue Deutsche Klinik o aerofagji są tylko krótkie, ogólnikowe wzmianki, dlatego obszerniej podam treść wyżej wymienionej książki, bardzo ciekawej i pożytecznej.

Powietrze dostaje się do żołądka najczęściej w czasie połykania śliny, rzadziej przy wykonywaniu ruchów połykowych wskutek uczucia zawadzania w gardle, najrzadziej przez wciąganie powietrza. Nadmierne wydzielanie śliny występuje spowodu podrażnienia języka, podniebienia, błony śluzowej policzków, dziąseł, przy wykłuwaniu zębów, spowodu narkozy, podrażnienia *chorda tympani* przez woskowinę w uchu, podrażnienie przełyku, zwoju słonecznego, mózgu i rdzenia przedłużonego. Ruchy połykowe wywołuje zatkanie nosa (skrzywienie przegrody, przerost muszli, trzeci migdałek, przerostowy nieżyt nosa). Ściąganie warg i przyciskanie brody do klatki piersiowej sprzyja połykaniu powietrza.

Stwierdzenie pewne powietrza w żołądku i jelitach możliwe tylko rentgenologicznie: bania powietrza w żołądku, uniesienie lewej przepony, dolny brzeg wątroby dobrze widoczny na tle jasnem, czasem widoczna śledziona, brzuch zasiany jasnemi plamami przedstawia niespotykaną normalnie przeźroczystość. Jednak niezawsze można chorego prześwietlić. Trzeba się zatem kierować cechami klinicznemi i efektem leczniczym. Objawy kliniczne są następujące: u ludzi od wielu lat mających dolegliwości żołądkowe język jest czerwony, wilgotny. Obfitość śliny w czasie badania, częste połykanie jej, w nocy ślina wycieka z ust. Dla łatwiejszego połykania śliny chory trzyma głowę pochyloną ku przodowi, z brodą blisko klatki piersiowej. Odbijanie powietrzem, często głośne. Pamiętać jednak trzeba, że nie można wykluczyć aerofagji, jeżeli chory śliny nie łyka, i że nie każde odbijanie powietrzem jest aerofagją. Przy badaniu stojąco dołek podsercowy jest wygładzony, a nawet wypukłony. Bezpośrednio po jedzeniu występuje bolesne napięcie w dołku podsercowym, uczucie nadmiernej pełności. Przy powierzchownem badaniu można myśleć o otyłości spowodu wydęcia brzucha. Przy wdechu dołek podsercowy wypukla się a zapada przy wydechu, przeciwnie, niż normalnie. Brak stłumienia wątrobowego. Częściej w aerofagji niż w rozszerzeniu żołądka stwierdza się pluskanie żołądka. Często wymioty niezależne od jedzenia. Wymioty niepowściągliwe ciężarnych występują często na tle aerofagji. Ponadto czasem uporczywa czkawka, ziewanie. Czasem skurcz wpustu i odźwiernika. Bóle w prawem i lewem podżebrzu (zagięcia jelita grubego). Czasem objawy ostrej rozstrzeni żołądka: u operowanych, rodzących i położnic, objawy jak w zapaleniu wyrostka robaczkowego, rozlanem zapaleniu otrzewnej, niedrożności jelit, ustępujące w ciągu kilku minut przy ułożeniu na boki, szczególnie lewym, na brzuchu lub kolankowo-łokciowem. Ze strony narządu krążenia i oddechowego: duszność największa po jedzeniu, objawy dusznicy bolesnej, ostrej niedomogi serca, często bicie serca, zawroty głowy, nadciśnienie. Trzeba pamiętać, że objawy niezawsze jednakowo silnie występują, rano naczczo brak objawów, po obfitem jedzeniu objawy przybierają charakter gwałtowny.

Stwierdziwszy aerofagję, trzeba szukać skrupulatnie za przyczyną, za jakiemś schorzeniem organicznem, któremu aerofagja towarzyszy (schorzenie przełyku, żołądka, serca). Dopiero po wykluczeniu zmian organicznych można myśleć o samoistnej aerofagji. Ulga natychmiastowa po zmianie ułożenia chorego jest równocześnie cechą rozpoznawczą i środkiem leczniczym.

Leczenie musi być przyczynowe, indywidualne, w czterech kierunkach: leczenie połykania i zwiotczenia przepony, leczenie środkami i dietetyczne.

1) Leczenie połykania: uświadomienie chorego, przypominanie przez osobę drugą, wstążeczka zawiązana powyżej krtani, korek lub cygarniczka między zębami utrudnia połykanie. U dzieci stosuje się szczypczyki zaciskające nos lub tamponadę nosa. Jeżeli połykanie powietrza jest następstwem obniżenia żołądka, podniesienie żołądka usuwa połykanie śliny i objawy podrażnienia zwoju słonecznego. 2) Leczenie zwiotczenia przepony: co pół godz. 5 wydechów głębokich, jak przy gaszeniu świecy (nie wcześniej niż w godzinę po jedzeniu), opaska brzuszna poniżej pępka unosi przeponę, ucisk na dołek podsercowy w czasie wydechu. 3) Leczenie środkami: autor stosuje tylko bizmut i brom.

Bismuti carbonici	10,0
Gummi arabici	20,0
Aq. dest. steril.	300,0

Przez 2 dni co godzinę łyżka, przez następne 2 dni co $1^1/_2$ godz., przez następne 2 dni co 2 godz., przez następne 2 co $2^1/_2$ godz., przez następne 2 dni co 3 godz. łyżka, następnie przez 7—35 dni, 3 łyżki dziennie.

Natr. bromati	20,0
Aq. dest. steril.	300,0

2—3 razy dziennie łyżka w czasie jedzenia przez 2—4 tygodni. Autor nie spostrzegał objawów ubocznych.

4) Dieta bardzo ważna. Przez 3—4 dni 5 razy dziennie 300 g mleka ciepłego lub gorącego. Następnie zupy mleczne. Potem tarte ziemniaki, ryż. Zwolna żółtka, jaja, kaszki. Wreszcie dieta normalna, w dolegliwościach żołądkowych z wykluczeniem potraw drażniących, (chleb, zupy, alkohol, przyprawy, korzenie, ocet) potrawy zbyt tłuste i trudno strawne (kapusta, szczaw, zielony groch, surowizny, sałaty) lody i wody gazowane. Przepisy ogólne: ograniczenie płynów, picie ich przez rurkę, powolne jedzenie.

Leczenie ostrej aerofagji musi być szybkie, bo może nastąpić śmierć: zgłębnikowanie żołądka, gorąca kąpiel, głębokie wydechy, zmiana położenia chorego. Środki nasercowe.

Aerofagja oseska: fizjologicznie żołądek oseska zawiera powietrze usuwane w miarę ssania. Przy wymiotach u dzieci przedewszystkiem myśleć o aerofagji, zanim poszuka się przyczyny w mleku, mamce i anafilaksji. Dziecko wymiotuje spowodu nadmiernego wypełnienia żołądka powietrzem wskutek niedostatecznego ssania (mała ilość pokarmu przyjętego nie może usunąć powietrza z żołądka) lub wadliwego ssania (wadliwy kształt brodawki, wadliwe ułożenie dziecka głową niżej lub poziomo, ssanie palca, smoczków). Leczenie: więcej uwagi zwrócić na ssanie, trzymać dziecko ssące pionowo, karmić nie częściej niż co 3 godz. Jeżeli przyczyną wymiotów oseska jest skurcz odźwiernika, leczenie polega na karmieniu częstszem, a mniej obfitem naraz. Jeżeli nie można dziecka prześwietlić, najpierw zastosować pierwszy sposób karmienia, w razie bezskuteczności: drugi.

Liczne efektowne przykłady z własnej praktyki autora z rentgenogramami objaśniają sposób rozpoznania i leczenia aerofagji. Układ książki przejrzysty. Wydanie bardzo staranne. Przystępna cena i styl prosty powinny sprzyjać zapoznaniu się szerszego ogółu lekarzy z tą bardzo pożyteczną książką.

H. Długosz (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

O postaciowej swoistości komórki nowotworowej. A. GRASSI. (Z Zakładu anat. pat. w Pizie, prof. Cesaris-Demela) Pathologica, Nr. 516, z 15. X. 1934.

Od r. 1929 ogłasza Lipschütz liczne prace, mające dowodzić, że komórka nowotworów złośliwych ma pewne swoiste cechy morfologiczne, pozwalające ją odróżnić już w najwcześniejszych okresach od komórek prawidłowych tkanek. Przed Lipschützem nikt nie zdołał wykryć żadnych cech budowy, właściwych wyłącznie komórkom nowotworów złośliwych. Tą znamienną cechą komórki nowotworowej ma być według Lipschütza wyodrębnienie się w cytoplazmie części kwasochłonnej i części zasadochłonnej, co Lipschütz nazwał „odczynem plastynowym" *(Plastinreaktion).* Grassi w pracy swojej (której tytuł zapowiada zresztą więcej, niż praca zawiera) opisuje badania, wykonane celem sprawdzenia twierdzeń Lipschütza. Z badań G. wynika, że wprawdzie istotnie można widzieć w komórce nowotworów złośliwych ów „odczyn plastynowy", że jednak powstaje on również w komórkach zgoła nie nowotworowych, jakoto w komórkach plazmatycznych, w histjocytach mnożących się, w komórkach nabłonkowatych i olbrzymich ziarnicy i gruźlicy. Prawdopodobnie więc owo rzekomo swoiste dla komórki nowotworowej zjawisko jest wyrazem niezupełnego, nieukończonego niejako wyróżnicowania się cytoplazmy w komórkach mnożących się i wobec tego przechodzących pewne okresy dojrzewania. Dla odróżnienia komórek nowotworowych od innych komórek nie ma zaś owa „reakcja plastynowa" żadnej wartości. *C.* (Kraków).

Mechanizm powstawania przewlekłych stanów podgorączkowych. GELMAN I. Dtsch. Arch. klin. Med. T. 176. Z. 6. S. 581.

Studja nad patogenezą wyodrębnionej przez tegoż autora jednostki nozologicznej pod nazwą przewlekłych samoistnych stanów podgorączkowych. Szczegółowe badania przemiany gazowej nie wykazały w tych wypadkach zwiększonej produkcji ciepła,

a więc istotnej cechy stanu gorączkowego, przy dokładnych natomiast pomiarach ciepłoty różnych okolic ciała można było stwierdzić bardzo wydatne różnice, co wskazuje na istnienie u tych osobników zaburzeń w oddawaniu ciepła przez organizm, których podstawę stanowi chwiejność układu naczynioruchowego. Przewlekła samoistna hipertermja jest zatem następstwem wegeto-neurozy. *W. Musiał* (Lwów).

Obraz mikroskopowy powierzchni języka in vivo. HENNING N. i BECKER H. Dtsch. Arch. Klin. Med. T. 176. Z. 5. S. 496.

Posługując się mikroskopem do oglądania przedmiotów naświetlonych, skonstruowanym ostatnio przez f. Leitz („Ultrapak."), studjowali A. zachowanie się powierzchni języka *in vivo* u ludzi zdrowych i w przebiegu niektórych chorób. U pierwszych pokryty jest język brodawkami nitkowatemi i grzybkowatemi. Na powierzchni brodawek nitkowatych znajdują się jeszcze t. zw. brodawki wtórne, twory zrogowaciałe, barwiące się *in vivo* hematoksyliną. W niedokrwistości Biermera zmianom atroficznym błony śluzowej języka odpowiada zanik brodawek nitkowatych oraz wybitne zmiany w brodawkach wtórnych. Przy makroskopowo prawidłowym wyglądzie języka u tych chorych stwierdzić można zupełny zanik brodawek wtórnych — co przy stałości tego zjawiska posiada wg. A. pewne znaczenie diagnostyczne. Językowi „malinowemu" w płonicy odpowiada obraz zapalenia złuszczającego błony śluzowej. Procesy żucia mają wybitny wpływ na morfologję powierzchni języka.

W. Musiał (Lwów).

Wzajemny stosunek liczbowy i jakościowy postaciowych składników krwi w szpiku mostka i w naczyniach obwodowych w stanach prawidłowych i patologicznych, ze szczególnem uwzględnieniem niedokrwistości złośliwej. J. ALEKSANDROWICZ. Pol. Arch. Med. Wewn. T. XII. Z. 3.

Metoda Arinkina nakłucia mostka pozwala na przyżyciowe badanie szpiku. Dla ciałek czerwonych ilość w mm^3 krwi i szpiku jest ta sama i w obliczeniach nie przekracza różnicą błędu laboratoryjnego. Odnosi się to tak do przypadków różnych schorzeń jak i schorzeń systemowych krwi. Wybitne różnice spostrzega się w zakresie krwinek niedojrzałych, które w niedokrwistości złośliwej przechodzą do krwi obwodowej. Zupełnie odmiennie przedstawiają się stosunki dla ciałek białych. Ilość ich w szpiku waha się od 80.000 do 200.000. Iloraz ilości c. b. w szpiku i we krwi obwodowej, t. zw. wskaźnik leukocytarny waha się między 10 a 20. W niedokrwistościach wskaźnik ten rośnie i może dochodzić do 50 i wyżej, w białaczkach maleje i wynosi 2 do 5. Zmiany wskaźnika odnosi autor do przesunięć w „zaporze szpikowym". Liczba płytek jest ta sama w szpiku i krwi obwodowej. O ile stwierdzano różnicę w ilościach, to płytki różniły się też swoją wielkością. Możliwe, że duże płytki rozpadają się na mniejsze, wówczas jest ich więcej, lub jak w chorobie Werlhof'a jest ich mniej wskutek ich niszczenia we krwi obwodowej.

Rawicz (Przemyśl).

Badania nad ilością wody krążącej (w. kr.). Doniesienie I. J. FLIEDERBAUM. Pol. Arch. Med. Wewn. T. XII. Z. 3.

Autor opisuje metodę oznaczania ilości osocza i wody krążącej, będącą połączeniem metody barwikowej (czerwienią kongo) z metodą wagową. *Rawicz* (Przemyśl).

Badania nad ilością wody krążącej. Doniesienie II. J. FLIEDERBAUM. Pol. Arch. Med. Wewn. T. XII. Z. 3.

W badaniach wstępnych okazało się, że najkorzystniej jest oznaczać stężenie barwika między czwartą a siódmą minutą po wstrzyknięciu, gdyż wówczas cała jeszcze ilość barwika krąży we krwi. Ilość w. kr. w krwi tętniczej i żylnej jest jednakowa. Średnia ilość w. kr. na kg wagi ciała psa wynosi 37,3 cm^3. Zmiany pozycji ciała zmieniają ilość w. kr. Np. dla pozycji na wznak u psa wartości są wyższe od 4—12%. Zwierzęta niespokojne i podniecone również wykazują zwiększoną ilość w. kr. Po podaniu wody już w 20 minut później wzrasta znacznie ilość w. kr. Nasuwa się przypuszczenie, że prócz wsysania odgrywa tu rolę odruch uruchamiający tkankowe zapasy wody. Codzienne drobne upusty krwi nie wpływają na w. kr. Jednorazowy większy upływ krwi po przejściowem obniżeniu zwiększa ilość w. kr. na przeciąg trzech dni. Płyny hipotoniczne zwiększają, hipertoniczne zmniejszają ilość w. kr. Narkotyki w dawkach usypiających zmniejszają ilość w. kr. *Rawicz* (Przemyśl).

Badania nad ilością wody krążącej. Doniesienie III. J. FLIEDERBAUM. Pol. Arch. Med. Wewn. T. XII. Z. 3.

Strofantyna zmniejsza ilość w. kr. Naparstnica niekiedy zwiększa, niekiedy zmniejsza ilość w. kr., przyczem były badane preparaty wyciągowe i czyste glikozydy. Pochodne kamfory działały jednolicie, zwiększając ilość w. kr. Ze związków purynowych posługiwał się autor eufiliną. W pierwszych 20 minutach eufilina zmniejsza, następnie zwiększa ilość w. kr., która po 24 godzinach wraca do poziomu wyjściowego. Salyrgan „stary" bez eufiliny zwiększa znacznie ilość w. kr. Mocznik pod postacią $10^0/_0$-owego *calc. chlor. carbamidatum* zmniejsza ilość w. kr.

Rawicz (Przemyśl).

Uwagi w sprawie hemokinów i innych drobnych tworów krwi. L. BLACHER. Pol. Arch. Med. Wewn. T. XII. Z. 3.

We krwi prócz c. czerwonych, białych i płytek spotykamy różne drobne twory, których pochodzenie i rola fizjologiczna są nieznane. Autor opisuje hemokiny, twory różne od hemokonjów Müllera, zbijając przypuszczenie Joltraina i Fiessingera, jakoby hemokiny nie mogły być zaliczone do tworów kształtnych, a były tylko ziarnistościami. Hemokiny mają stałą wielkość i jakkolwiek różnią się postacią zewnętrzną, mają charakterystyczną budowę wewnętrzną. Ruchy hemokinów są zupełnie samodzielne i typowe. Należy je uważać za czwarty morfotyczny składnik krwi.

Rawicz (Przemyśl).

Badania nad amoniakiem we krwi u ludzi. Doniesienie I. Badania nad amoniakiem we krwi ludzi zdrowych. W. MARKERT. Pol. Arch. Med. Wewn. T. XII. Z. 3.

Zawartość amoniaku we krwi jest dotychczas rzeczą sporną. Parnas i Heller uważają ilość około 0.03 mg $^0/_0$ N-NH_3 za istotnie znajdującą się we krwi w chwili pobrania. Fontés i Yovanovitch wypowiadają przypuszczenie, że krew krążąca amoniaku nie zawiera, lecz powstaje on dopiero po pobraniu, gdyż wedle badań Parnasa i Hellera krew wzbogaca się na powietrzu w każdej minucie o 0.007 mg $^0/_0$ NH_3. Autor przerobił setki badań NH_3 we krwi zmodyfikowaną metodą Parnasa. Dokładnie opisaną metodykę badań należy przeczytać w oryginale. W przytoczonych 30 badaniach nad krwią żylną i tętniczą nie stwierdził autor amoniaku w żadnej z tych krwi. Uwzględniając jednak granice techniki kolorymetrycznej w określaniu małych ilości, twierdzi, że w każdym razie musi ilość amoniaku we krwi być niższą od 0,01 mg $^0/_0$. *Rawicz* (Przemyśl).

Przemiana hemoglobinowa w niedokrwistości niedobarwliwej istotnej (anaemia hypochromica essentionalis). G. DOMINICI i G. OLIVA. Min. Med. Nr. 32. 1934.

W siedmiu przypadkach niedokrwistości niedobarwliwej istotnej autorzy oznaczali obok całkowitego obrazu krwi, również wydalanie bilirubiny metodą kolorymetryczną. Doszli do wniosków następujących: 1) Pierwotnym czynnikiem jest zaburzona hemopoeza — nowoprodukowane krwinki czerwone są bardziej wrażliwe, aniżeli prawidłowe. Prowadzi to do następowej zwiększonej hemolizy — której skutkiem jest niedokrwistość. Zmiana stosunku hemopoezy do hemolizy winna również być brana w rachubę. *Mester* (Kraków).

Reumatyczne wady serca i rak. J. SZAPIRO. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 13—14. 1934.

Na podstawie materjału klinicznego i sekcyjnego autor dochodzi do następujących wniosków: zakażenie reumatyczne i reumatyczne wady serca nie są warunkami antagonistycznemi dla powstania i wzrostu raka. Zaburzenia w krążeniu na tle przewlekłej wady serca z towarzyszącem niekiedy zakwaszeniem nie hamują wzrostu nowotworu.

Te fakty w zestawieniu z innemi danemi, dotyczącemi powstania raka przy sprawach chorobowych charakteryzujących się swoistemi granulomatami mezenchymy (gruźlica, kiła) — są dowodem pośrednim, że sama mezenchyma bez uwzględnienia innych czynników endo- i egzogenicznych i ich wzajemnej zależności nie jest jedynym i decydującym czynnikiem w powstaniu raka.

M. Segal (Lwów).

„Rumień 9 dnia Milana" po zastosowaniu leczniczem ciężkiego metalu. W. HEUCK. Med. Klin. Nr. 12. 1934.

Niekiedy po zastosowaniu chemoterapji ciężkiemi metalami lub też po różnych zabiegach fizykoterapeutycznych może w 9 dniu wystąpić wysypka podobna do płoniczej czy odrowej, połączona z gorączką, i po kilku dniach zupełnie ustąpić. Po ustąpieniu tych objawów można bez obawy stosować pierwotnie przedsięwzięte leczenie. Tę postać odczynu skórnego nazwał Milan „rumieniem 9 dnia", którą zaliczył do toksykodermij, określając ją jako „biotropowy odczyn skórny organizmu". Inni autorzy zaliczają rumień 9 dnia do formy alergji skórnej, zaliczając go do grupy skórno-naczyniowych odczynów uczuleniowych. Autor stosując leczniczo srebro i złoto, mógł jednak obrazem krwi od-

różnić rumień 9 dnia od odczynów alergicznych, bowiem z reguły stwierdzał pomnożenie ciałek białych do 12—14.000, w czem było 80—90% obojętnochłonnych, bez zwiększenia się ilości ciałek kwasochłonnych, które zwiększały się w okresie rekonwalescencji rumienia, nie uzyskując jednak nigdy wartości odsetkowych spotykanych w odczynach alergicznych.

Z. Godłowski (Kraków).

Wpływ chorób, płci i wieku na zawartość metali w wątrobie ludzkiej. H. LUNDEGARDH. Naturwissenschaften. 34. 1934.

Na podstawie przebadania 300 wątrób ludzkich jednego ze szpitali w Sztokholmie dochodzi autor do następujących tymczasowych wniosków: silnie wzmożona jest ilość manganu w cukrzycy, wapnia, żelaza i sodu w niedokrewności złośliwej, większa jak przeciętna jest ilość cynku w wątrobach chorych na raka. Wątroba kobieca ma mniejsze ilości metali (potasu o 10% mniej) jak męska, za wyjątkiem sodu. Ilość każdego metalu w wątrobie zmienia się z wiekiem, wyrazem starzenia się jest wzmaganie się ilości potasu i zmniejszanie miedzi.

Dołączone są obliczenia przeciętnych ilości metali w wątrobie zdrowej. *St. Legeżyński* (Lwów).

Patogeneza angina abdominalis. MALJATZKAJA M. J. Dtsch. Arch. Klin. Med. T. 176. Z. 6. S. 638.

Badania anatomo- i histopatologiczne w przyp. *angina abdominalis* nie wykazały przeważnie wyraźniejszych zmian miażdżycowych w naczyniach jamy brzusznej. W przypadkach, w których przy autopsji można było takie zmiany stwierdzić, klinicznie nie obserwowano bardzo często żadnych objawów. Autor wnioskuje, że miażdżyca naczyń brzusznych nie tłumaczy zespołu *angina abdominalis.* *W. Musiał* (Lwów).

O zmianach funkcjonalnych męskiego narządu płciowego pod wpływem parabiozy z męskim kastratem. M. W. IKONEN. Arch. Biołogiczeskich Nauk. T. 33. Z. 3—4. 1933.

U samców szczurów i myszy, pozostających przez dłuższy czas w parabiozie z równopłciowemi kastratami, znachodził autor powiększenie się jąder, kanalików nasiennych, gruczołu sterczowego i prącia, jako objawy wpływu wzmożonej sekrecji prolanu. Drobnowidowo stwierdzono silnie zaznaczone złuszczanie się nabłonka nasiennego w jądrach, powiększenie się obwodowej rozrodczej warstwy kanalików nasiennych obok wzmożonej ilości mitoz. Spermatogeneza pozostaje niezmieniona, może nieco słabiej zaznaczona niż w stanie prawidłowym. W niektórych przypadkach w świetle kanalików oraz w najądrzach spotykano olbrzymie komórki Maksimowa jako wyraz atroficznych i degeneratywnych zmian jąder. Szereg doświadczeń kontrolnych przeprowadzonych przez autora pozwolił mu stwierdzić, że powyżej opisane zmiany narządów płciowych osobników parabiotycznie związanych z kastratami są wyrazem hiperfunkcji wydzielniczej przedniego płatu przysadki. Zaznaczone zaś objawy degeneratywne są wyrazem wyczerpania czynnościowego obwodowego narządu płciowego na wzmożone podniety wydzielnicze przysadki.

W. S. Hołobut (Lwów).

Wpływ przerwy odpływu nasienia na jądro. E. R. WELCKER. Med. Klin. Nr. 15. 1934.

Podwiązanie przewodu odprowadzającego nasienie z jądra prowadzi przez pierwotny okres zastoju do odnowy nabłonka nasiennego, oszczędzając w zupełności samo jądro. Gromadzące się bowiem nasienie może przez jakiś czas zalegać w kanalikach odprowadzających, skąd ulega wolnemu wchłonięciu. Uszkodzenie zaś drożności kanalików nasiennych przez pierwotną fazę zastoju prowadzi do zaniku jądra czyli działa podobnie do wytrzebienia.

Z. Godłowski (Kraków).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Choroba papuzia — psittacosis. H. HETSCH. Med. Klin. Nr. 26. 1934 r.

Jest to schorzenie właściwe papugom, zarazki jednak tego schorzenia mogą i u innych ptaków (kanarki) stać się patogenetycznemi. Chora papuga staje się osowiałą, z nastroszonemi piórami, nie przyjmuje pokarmu, zjawiają się często krwawe biegunki, towarzyszą temu objawy nieżytu dróg oddechowych. Na zwłokach stwierdza się obecność guzków we wątrobie i śledzionie, podobnych do spotykanych u ludzi w kile tych organów.

Do człowieka dostaje się zarazek przez bezpośrednią styczność z chorym ptakiem, jego wydzielinami, klatką lub zakażonem jedzeniem ptasiem. Ponieważ zarazki chorobotwórcze znajdują się w plwocinie, dlatego jest możliwe zakażenie kropelkowe, stąd otoczenie chorego ptaka jest niebezpieczne U ludzi okres wylęgania choroby trwa od 7 do 14 dni. Jako objawy występują dreszcze, osłabienie, bóle głowy i krzyżów, brak apetytu, angina, krwotoki z nosa, częściej zaparcie stolca niż biegunka. Szybko przychodzi do objawów nieżytowych dróg oddechowych, doprowadzając często do zapalenia płuc, początkowo najczęściej ośrodkowego ze skłonnością do wędrowania. Wątroba bywa powiększona, zazwyczaj niebolesna. Choroba trwa zazwyczaj około 2 tygodni. Często zjawiają się stany zamroczenia. Częściej występuje u osobników dorosłych niż u dzieci. Jako zarazek chorobotwórczy jest uważany *Rickettsia-psittaci,* przesączalny przez sączki bakteryjne. Dla celów rozpoznawczych najlepiej jest szczepić dootrzewnowo białym myszkom krew (do 3 dni), sok tkankowy (płuca, wątroba, śledziona), lub wydaliny ludzi chorych. Odczyny: zlepny i wiązania dopełniacza, jak dotychczas, nie są pewnemi wskazówkami rozpoznawczemi. Leczenie polega przedewszystkiem na zapobieganiu zakażenia przez dozór nad handlem papugami. Pozatem leczenie jest czysto objawowe.

Z. Godłowski (Kraków).

Pogarszanie się gruźlicy na skutek wstrzykiwań surowicy. P. COURMONT, H. GARDERE i L. NGONG. Le Journ. de Méd. de Lyon. Nr. 355. 1934.

Wewnętrzne t. j. doustne podawanie świeżej surowicy końskiej daje znakomite wyniki lecznicze u chorych gruźliczych i ozdrowieńców. Wszelako wstrzykiwanie podskórne surowic heterologicznych, leczniczych czy normalnych, wywołuje u osobników gruźliczych dość często pogorszenie stanu chorobowego, jak tego dowodzą liczne obserwacje obce i własne, przytoczone przez autorów. Należy być bardzo ostrożnym z wstrzykiwaniem surowicy przeciwbłoniczej lub przeciwtężcowej u osobników gruźliczych. Już dawniej liczni autorowie obserwowali postępowanie sprawy gruźliczej po powikłaniach z błonicą, leczoną surowicą, lecz niektórzy z nich odnosili pogorszenie błędnie do błonicy zamiast do surowicy. Zalecane przy krwiopluciach wstrzykiwania lecznicze surowicy, jako środka przeciwkrwotocznego, autorowie uważają wręcz za szkodliwe i przeciwwskazane. Doświadczalne wstrzykiwanie jednorazowe surowicy końskiej gruźliczym morskim świnkom pogarsza i rozszerza ich chorobę. Także doświadczenia z równoczesnem jednorazowem wstrzykiwaniem prątków gruźliczych i surowicy końskiej morskim świnkom wykazały ujemne działanie surowicy na przebieg zakażenia.

M. Blassberg (Kraków).

Poradnie (dispensaires) a odma płucna. P. COURMONT. Le Journ. de Méd. de Lyon. Nr. 355. 1934.

Jest to komunikat wygłoszony dnia 5 września b. r. na Międzynarodowym Zjeździe Przeciwgruźliczym w Warszawie. W Lyonie w 10 poradniach przeciwgruźliczych, a wogóle we Francji stosuje się w poradniach tylko profilaktykę oraz rozmieszczanie chorych dorosłych i dzieci. Natomiast leczenia lekarstwami zasadniczo nie stosuje się w nich, chyba tylko u ubogich na podstawie bonów Biura Dobroczynności, wypłacanych potem poradniom przez to Biuro. Co do wykonywania odmy w poradniach, autor stoi na stanowisku, że można stosować dopełniania tylko w okolicach, w których niema specjalistów tego zabiegu, a w wielkich miastach tylko wyjątkowo i z konieczności u chorych ubogich, gdy ośrodki szpitalne są niewystarczające lub są bardzo odległe. W Lyonie na dziesięć poradni istnieje tylko jeden ośrodek dla dopełnienia odmy. Autor jest stanowczym przeciwnikiem tego, aby poradnie same zakładały odmę t. j. robiły ambulatoryjnie pierwsze wdmuchiwania. Odmę początkową należy, zdaniem autora, zakładać wyłącznie tylko w szpitalu lub lecznicy, nawet u chorych zamożnych. *M. Blassberg* (Kraków).

Przyczynek do kliniki i anatomji patologicznej białaczki limfatycznej. H. KREIS, M. MITTELBACH. Med. Klin. Nr. 12. 1934.

Aa. opisują dokładnie opracowany klinicznie przypadek białaczki limfatycznej, aleukemicznej, trwającej około 2 miesiące, ze zmniejszeniem się ciałek białych do 2000, z przewagą limfocytów, ze zmniejszeniem płytek krwi (80000). W obrazie krwi obwodowej nie stwierdzono młodych postaci limfocytów. Wątroba i śledziona powiększone, natomiast zupełnie nie były powiększone gruczoły limfatyczne, bardzo silnie rozwinięty wodniak otrzewnej. Anatomopatologicznie poza skazą krwotoczną w organach miąższowych i szpiku kostnym, oraz naciekami w wątrobie i śledzionie, nie stwierdzono żadnych zmian. W naciekach w wątrobie i śledzionie stwierdzono obecność postaci Riederowskich limfocytów. W rozpoznaniu różniczkowem wykluczano postać wątrobowo-śledzionową ziarnicy złośliwej, przewlekły nieżyt żołądkowo-jelitowy ze zmianami w wątrobie i śledzionie, zakażenie krwi pochodzenia jelitowego, gruźlicę organów wewnętrznych oraz zakrzep żyły śledzionowej. *Z. Godłowski* (Kraków).

Porównawcze obserwacje kliniczne nad sercem obwodowem przy ostrym reumatyzmie i zakażeniu. D. PLETNIEW (Moskwa). Klinicz. Med. T. XII. Nr. 8. 1934.

Najbardziej charakterystyczną cechą ostrego reumatyzmu stawowego jest reumatyczna granulomatoza całego układu sercowo-naczyniowego. Charakterystycznem jest często stwierdzane podwyższone ciśnienie żylne. Prawdopodobnie objaw ten stoi w związku z łącznotkankowym rozrostem błony wewnętrznej i następowemi zmianami miażdżycowemi. W dużych naczyniach żylnych niekiedy powstają bujania brodawkowe na zastawkach żylnych *(endophlebitis verrucosa).*

Przy stanach septycznych obwodowe ciśnienie tętnicze zależne jest od stanu mięśnia sercowego i zastawek tętniczych. Zmiany w ciśnieniu obwodowem tłumaczą się z jednej strony naciekowemi zmianami lipoidowemi w tętniczkach, a w cięższych przypadkach zmianami degeneracyjnemi elementów ściany naczyniowej — z drugiej strony zmianami w nadnerczach. Zmiany patologiczne w nadnerczach świadczą o zaburzeniu przemiany lipoidowej i funkcji wewnątrzwydzielniczej nadnerczy.

Wyrazicielami zmian degeneracyjnych układu naczyniowego i nadnerczy przy zakażeniu są: klinicznie stwierdzona hipotonja i postępująca niedokrewność, charakterystyczna dla ciężkich postaci zakażenia. *M. Segal* (Lwów).

Paradoksalne zachowanie się wagi ciała niektórych chorych sercowych wskutek ujemnego przewiewu niewyraźnego (perspiratio insensibilis negativa). E. ZAK, G. FEHÉR i O. NEURATH. Ztsch. f. klin. Med. B. 127. Str. 201—215.

Inteligentni sercowo chorzy, ściśle przestrzegający wskazówek lekarza, dziwią się, dlaczego przybywają na wadze, inni znowu chorzy bez widocznej przyczyny tracą na wadze. Dla wyjaśnienia tego zjawiska przyjmują autorowie, że drogą skóry i płuc można wydalać i wchłaniać wodę. W pierwszym wypadku ciężar ciała spada *(perspiratio insensibilis)*, w drugim wzrasta *(perspiratio insensibilis negativa)*. Takiej koncepcji przeczy Heller z Berlina. Następujące dane przemawiają za możliwością wchłaniania wody z otaczającego powietrza czyli za *perspiratio insensibilis negativa:* 1) autorowie stwierdzili zdolność chłonienia wody z powietrza przez skórę, 2) płuca mogą zagęszczoną krew prawej komory rozcieńczać (doświadczenia na zwierzętach), 3) powietrze w bezpośredniem otoczeniu człowieka zawiera mniej pary wodnej niż dalsze, 4) sercowo chorzy z niewydolnością daleko posuniętą, pewni otyli lub chorzy z centralnem zaburzeniem przemiany wodnej — przy bardzo skrupulatnej obserwacji przybierają na wadze bez widocznej przyczyny. Na czem polega *perspiratio insensibilis negativa,* nie wiadomo. Faktem jest, że istnieje. *H. Długosz* (Lwów).

Leczenie się schorzeń rdzenia w niedokrwistości złośliwej. E. MESTER. Med. Klin. Nr. 15. 1934.

W przebiegu niedokrwistości złośliwej w narządzie nerwowym poza zmianami w rdzeniu w postaci zwyrodnienia powrózkowego, mogą powstać zmiany w samym mózgu, prowadzące do zaburzeń psychicznych, jak również w nerwach obwodowych. Anatomo-patologicznie *myelosis funicularis* przedstawia się jako rozsianie ognisk martwiczych tuż przy ścianach naczyniowych, przechodzące stopniowo na włókna nerwowe, obejmując początkowo osłonkę rdzeniową, a następnie sam cylinder osiowy. W miejscu zniszczonych włókien nerwowych znajdują się komórki zwyrodniałe tłuszczowo. Te drobne ogniska zlewają się, ulegając następnie stwardnieniu. Zmiany te powstają pod wpływem działania nieznanego bliżej czynnika chorobotwórczego równocześnie na narząd krwiotwórczy i nerwowy. Podobne zmiany w systemie nerwowym mogą powstać w przebiegu chorób wyniszczających (nowotwory), starości i t. p., w tych razach jednak nie udaje się stwierdzać tych zmian we krwi. Autor jest zdania, że jak długo czynnik chorobotwórczy działając, — wprawdzie wywołał kliniczne objawy zwyrodnienia powrózkowego (ataksja, arefleksja), — nie doprowadził jeszcze do zmian anatomicznych w komórkach nerwowych, tak długo można intensywnem leczeniem objawy usunąć. Jako leczenie poleca w tych razach duże dawki wątroby czy jej przetworów, żołądka, oraz arsen i strychninę w zastrzykach. *Z. Godłowski* (Kraków).

Leczenie ostrego zatrucia fosforem. W. LIEBSCHER. Med. Klin. Nr. 25. 1934.

Ostatnio jako środka trującego myszy używano różnych preparatów fosforowych, padłe zaś myszy mogą zostać zjedzone przez bażanty, w których mięśniach odkłada się fosfor i stąd łatwo mogą się dostać do człowieka przez spożycie tą drogą zatrutego mięsa bażanta. Dawki śmiertelne fosforu dla człowieka wynoszą 0,05 do 0,1 g. Ostre zatrucie fosforem, poza powszechnie znanemi objawami, cechuje się zwyrodnieniem komórek wątroby, ze zniknięciem z nich glikogenu. Początkowy okres zatrucia leczy się czysto objawowo: przepłókanie żołądka, nawet w 10 godz. po spożyciu fosforu, podanie środków przeczyszczających, wymiotnych i węgla zwierzęcego, ewentualnie środków nasercowych i naczyniowych. Przeciwwskazane jest podawanie tłuszczów i mleka. Ponieważ komórka wątrobowa leczy się łatwiej i szybciej, mając w sobie duży zapas glikogenu, dlatego dostarczamy ustrojowi glukozę wprost dożylnie, a dla ułatwienia mu gromadzenia w wątrobie glikogenu, podajemy podskórnie insulinę. W czasie całego leczenia dietę należy silnie ograniczyć. *Z. Godłowski* (Kraków).

Otorynolaryngologja.

O nabłoniakach krtani w młodym wieku. G. PORTMANN i R. PHILIP. Rev. de Lar. Otol. Nr. 1, 1933.

Nabłoniaki krtani spotyka się tylko wyjątkowo u osobników poniżej lat 30; dotychczas opisano około 20 podobnych przypadków. Ta rzadkość spowodowała autora do podania historji choroby 2 przypadków spostrzeganych na klinice oto-rynolaryngologicznej w Bordeaux.

Na podstawie przypadków własnych i zebranych z piśmiennictwa autorowie podają charakterystykę raków krtani w młodym wieku.

Uderza przewaga płci żeńskiej (w starszym wieku spotyka się raki przeważnie u mężczyzn). Charakterystyczną jest skłonność do umiejscowienia w tylnej części krtani, w okolicy nalewkowej lub w tylnych częściach strun. Rak zewnętrzny krtani jest rzadki.

Klinicznie charakteryzują się te guzy przez szybki rozwój, tem szybszy im chory jest młodszy. Pierwszym objawem jest zazwyczaj chrypka. Po krótkim czasie dołącza się duszność, która zmusza do wykonania rozcięcia tchawicy. Utrudnienie połykania i bóle występują późno. Przebieg trwa przeciętnie 12 do 18 miesięcy. Zejście śmiertelne spowodowane jest powikłaniami (krwotoki, zapalenia płuc i t. d.) lub ogólnem wycieńczeniem i zatruciem. Przerzuty występują wyjątkowo.

Rozpoznanie jest utrudnione spowodu wieku; myśli się raczej o wszystkich innych chorobach niż o raku. Dopiero badanie histopatologiczne wycinka ustala rozpoznanie. Leczenie chirurgiczne podobnie jak u dorosłych. *Dr. Spira* (Kraków).

Ozena. LEROUX ROBERT et COSTINUI. Rev. de Lar. Otol. Nr. 1 i 2. 1933.

Jest to obszerne i wyczerpujące studjum o etjologji, patogenezie i bakterjologji ozeny. Na 80 i kilku stronach podają autorowie poglądy własne i innych badaczy i dochodzą do następujących wniosków: Do powstania ozeny konieczną jest obecność 2 czynników: zaniku i zakażenia. Zanik jest następstwem zapalenia nerwu trójdzielnego wskutek procesu zstępującego (uszkodzenie bloku klinowopodniebiennego) lub wstępującego (uszkodzenie zakończeń nerwowych — włókienka sitowe nerwu ocznego, gałęź klinowo-podniebienna nerwu szczękowego górnego). Zapalenie wstępujące spowodowane jest działaniem jadów miejscowych (katary nosa) i jadów chorób ogólnych (kiła, gruźlica etc.). Częstość ich występowania w okresie pokwitania przemawia za tem, że stoją one w związku z nieprawidłową czynnością gruczołów dokrewnych, których wydzielina przestała unieszkodliwiać jady. Jady działają na zakończenia nerwowe najpierw podrażniająco (okres przerostowy), potem porażająco (okres zanikowy). Zaburzenia przemiany Ca, spowodowane zaburzeniem czynności wewnątrzwydzielniczej sprzyjają zanikowi kostnemu. Zanik pociąga za sobą złe przewietrzanie nosa i stwarza podatne podłoże do zakażenia.

Zakażenie następuje w okresie daleko posuniętego zaniku. Trzy rodzaje zarazków wchodzą w rachubę: ziarenkowiec cuchnący Pereza, pałeczka otoczkowa Loewenberga i maczugowiec rzekomobłoniczy Belfantiego. Pierwszy pojawia się z. Perez'a, ale nie pozostaje długo samotnym. Bardzo szybko dołącza się p. Loewenberg'a, pokrywając muszle śluzem i podobnie jak w hodowli, przerastając z. Pereza, którego obecność sygnalizuje się jedynie przez woń. Co do zarazka z grupy rzekomo-błoniczej, to jest to drobnoustrój spotykany bardzo często w normalnych jamach nosowych, gdzie nie ma znaczenia chorobowego. Od maczugowca błoniczego różni się tylko tem, że stracił swą żywotność; natomiast zachował właściwość tworzenia plastycznych pokryć na powierzchni błony śluzowej, rodzaj błon rzekomych. A więc cuchnienie przez z. Pereza, śluz przez p. Loewenberga, strupy przez zarazek rzekomo-błoniczy — taki jest obraz działania trójcy bakteryjnej przy ozenie.

Co do umiejscowienia, to najpierw zostaje zajęty przedni koniec dolnej muszli, potem jej tylny koniec, później muszla średnia,

jamy i t. d. Pierwotnie albo wtórnie zakażenie może przejść na krtań i tchawicę. Co do powikłań ocznych, trąbkowo-bębenkowych i t. d., to zdaje się, że w grę wchodzą zakażenia wstępujące, ułatwione przez zanik błony śluzowej i rozszerzenie dróg, któremi to zakażenie się przenosi.

Z powyższego wynikają odpowiednie wskazówki lecznicze. Zapobiegawczo zwracać pilną uwagę na jamy nosowe zwłaszcza po banalnych zakażeniach wieku dziecięcego i okresu pokwitania. Leczniczo działać przeciw zakażeniu przez odpowiednie szczepionki; nie zaniedbać leczenia hormonalnego. Przeciwdziałać skutkom zaniku przez przywrócenie normalnej anatomji nosowej: a) środkami mechanicznemi: wstrzykiwania parafiny pod błonę śluzową; b) lekarstwami: neopankarpina, acetylcholina; c) chirurgicznie przez sympatykektomję okołonaczyniową, co powoduje przejściowe obrzmienie błon śluzowych nosa i zwiększenie wydzieliny nosowej a przez to ustąpienie suchości, strupów i cuchnienia. *Dr. Spira* (Kraków).

Curieterapja raków przełyku. L. DUCUING. Rev. de Lar. Otol. Nr. 4. 1933.

„Curieterapja" raków przełyku napotyka na ogromne trudności, które wypływają z położenia topograficznego tych nowotworów, ich naogół słabej radjoczułości, z małej różnicy wrażliwości na rad komórek nowotworowych i zdrowego nabłonka przełyku. Toteż wyniki lecznicze — podobnie zresztą jak przy innych sposobach leczniczych — są fatalne; w wyjątkowo korzystnych warunkach można osiągnąć przejściową poprawę. Utworzenie przetoki żołądkowej radzi autor stosować jedynie u silnych osobników; u innych zabieg ten przyspiesza zejście śmiertelne. *Dr. Spira* (Kraków).

Nowa psikaina — pełnowartościowy środek zastępczy kokainy. L. HEDDERICH. Münch. med. W. Nr. 16. 1933.

Nowa psikaina jest chlorowodorkiem estru benzeilo-d-γ-ekgonino-n-propylowego. W około 1000 przypadków stosowano ją do znieczuleń powierzchniowych i nasiękowych. Zapomocą 1% roztworów dokonano 379 badań nosa, usunięto 147 razy polipy nosowe, dokonano 105 mniejszych zabiegów w krtani i nosie; przy pomocy 3% roztworów usunięto znaczną ilość polipów usznych, dokonano przy znieczuleniu krtani licznych ezofagoskopij, zabiegów w krtani samej i innych. Do znieczuleń nasiękowych stosowano 0,1—0,15% roztwory nowej psikainy, np. przy usuwaniu migdałków, operacjach przegrody nosowej, konchotomji, operacjach zatok szczękowych. Przy wszystkich tych zabiegach okazało się, że nowa psikaina jest bardzo pewnym środkiem znieczulającym. Nieprzyjemnych działań ubocznych nie spostrzeżono. Przy znieczuleniu powierzchniowem działanie trwa nieco krócej od kokainy, przy znieczuleniu nasiękowem jest ono w przybliżeniu jednakowe. Przy znieczuleniach krtani nowa psikaina zastępuje całkowicie kokainę, przyczem we wszystkich przypadkach wystarczało 3-procentowe stężenie. Wprowadzenie tego leku stanowi znaczny postęp w dziedzinie produkcji środków zastępczych kokainy, ponieważ małe stężenia wystarczają do uzyskania dobrego działania, a znieczulenie sięga dostatecznie głęboko. Jest ona pozatem środkiem względnie nietrującym, o dobrem działaniu znieczulającem, nadającym się również dobrze do stosowania powierzchniowego, jak i do wstrzykiwań. Już obecnie można polecać ją do wypróbowania i stosowania, tem bardziej, że kalkuluje się taniej od kokainy. *Dr. Bader* (Warszawa).

O przewlekłych stanach bólów po półpaścu. PIERRO SANGIORGI. Giornale di Clin. Med. 1934. Nr. 4.

Dolegliwości w przypadkach półpaśca objawiają się nietylko w postaci ostrych napadów, ale mogą całemi latami dokuczać choremu, co niekiedy go skłania do przyjmowania środków odurzających i wskutek tego popada w nałóg. Autor próbował w 2 przypadkach przewlekłych bólów po półpaścu leczenia perkainą. Obstrzykiwał on w kształcie wachlarza bolesne pole roztworem 1‰ perkainy z adrenaliną w połączeniu ze smarowaniem 3% maścią perkainową, co w jednym przypadku dało trwałe wyleczenie, w drugim znaczną poprawę. (Roztwór 2% perkainy, zastosowanej zewnętrznie, nie dawał żadnego wyniku, dopiero gdy stężenie podniesiono do 5%, bóle ustawały, ale chory odczuwał dość przykry chłód w miejscach leczonych tym roztworem). Wkońcu autor zwraca się z prośbą do kolegów w celu przeprowadzenia prób z nowym sposobem. (W związku z teorją Makenzi'ego o istocie i umiejscowieniu bólu, udało się wielu autorom w sprawach nerwobólowych przez doskórne obstrzyknięcie pól bolesnych Heada zapomocą 0,5‰ perkainy przerwać raz na zawsze przykre nerwobóle — Przyp. ref.). *Dr. F. Sienicki* (Warszawa).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 24 kwietnia 1934 roku.

1. Kol. Hrom St. — członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: *Badania nad wpływem nerwu błędnego i współczulnego na serce".* (Streszczenie własne).

Badania swoje przeprowadzałem na 23 królikach, usuwając im w drodze operacyjnej nerwy błędne oraz współczulne w obrębie szyi, oraz na 9 ludziach zdrowych, u których pod kontrolą elektrokardjografu wykonywałem badania napięcia układu roślinnego metodą Danielopolu.

Na podstawie tych badań dochodzę do wniosków:

1) Na ukształtowanie załamka T w elektrokardjogramach królików ma wybitny wpływ układ roślinny: usunięcie nerwów błędnych szyi zniża wysokość tego załamka oraz skraca czas jego trwania, usunięcie nerwów współczulnych szyi — zwiększa jego wysokość równolegle z przedłużeniem czasu trwania.

2) W zmianach załamków P oraz QRS w elektrokardjogramach królików po powyższych zabiegach niema uchwytnej regularności.

3) Istnieje wyraźne podobieństwo w zachowaniu się załamka T. między stanem po usunięciu nerwów błędnych oraz po porażeniu królików atropiną.

4) Załamek elektryczny T u ludzi zdrowych wyraźnie obniża się, a czas jego trwania skraca się po dożylnem wprowadzeniu atropiny, przyczem najwyższe zmiany w zakresie jego dostrzega się po całkowitem porażeniu nerwów błędnych.

5) Należałoby się dopatrywać stosunku wprost proporcjonalnego między wysokością i czasem trwania załamka elektrycznego T u osób zdrowych, a stanem napięcia nerwu błędnego.

6) Załamek elektryczny P u ludzi zdrowych zwiększa się, a czas jego trwania wzrasta pod wpływem atropiny. Okres przewodzenia przedsionkowo-komorowego (h) równocześnie zmniejsza się.

7) Pierwsza dawka atropiny (pół miligrama) wprowadzona dożylnie u ludzi zdrowych wywołuje w przeważającej liczbie przypadków przemijający rytm przedsionkowo-komorowy.

8) Badania histologiczne skrawków, wykonanych seryjnie z serc królików, zabitych po 3-miesięcznym okresie od pozbawienia ich operacyjnego nerwów błędnych i współczulnych szyi, nie wykryły wyraźnych zmian chorobowych ani w samym mięśniu sercowym, ani też w układzie przewodzącym.

9) Usunięcie operacyjne nerwów błędnych u królików wiedzie do zjawienia się ostrego obrzęku płuc.

W dyskusji: Kol. Dębicki K. — czł. Twa, chce się dowiedzieć, jaką technikę stosował kol. Hrom w swych doświadczeniach. Na ludziach technika operacyjna usuwania nerwów współczulnych ma długą kartę istnienia. Proponowano stosowanie jej w dusznicy bolesnej, a później w dychawicy oskrzelowej i w zaburzeniach naczyniowych. Prof. Leriche twierdzi, że duży odsetek śmiertelności po tych zabiegach należy przypisać głównie wadliwości techniki operacyjnej. Jonescu po obnażeniu nerwu współczulnego chwyta go mocno kleszczykami i wyrywa cały jego pień. Wieloletnie obserwacje chorych po zabiegu, uzupełnione badaniami elektrokardjograficznemi oraz badaniami narządu oddechowego, nie wykazywały poważniejszych zmian. Mówca wykonał w roku ubiegłym zabieg na nerwie współczulnym podczas całkowitego porażenia kończyn. Niestety mówca nie mógł wykonać tak szczegółowych badań jak kol. Hrom, niemniej jednak nie stwierdził zaburzeń w rytmie serca i oddechu, a nawet w ciśnieniu krwi. Mówca zauważył nawet pewien dodatni efekt po usunięciu nerwu współczulnego, gdyż na kończynie górnej tętno stało się wyraźniej macalne. Chirurdzy, wykonywując zabieg na układzie współczulnym, popełniali błąd, że nie przeprowadzili badań farmakologicznych. Mówca zapytuje kol. Hroma, czy nie uważa, że gdyby stosować inny sposób znieczulenia, to zmiany w płucach, które powstały po przecięciu nerwu błędnego, wogóle nie wystąpiłyby. Autorzy niemieccy wykonywali dużo zabiegów u chorych z dychawicą oskrzelową i stwierdzili polepszenia. Uczniowie Leriche'a wykonywali prace doświadczalne nad unerwieniem płuc. Otwierali oni klatkę piersiową, odnerwiali wielkie pnie oskrzelowe. Wykonywali też szczegółowe badania płuc po tych zabiegach i nie stwierdzali większych zmian w płucach.

Kol. Walawski zaznacza, iż wpływ nerwów współczulnych i błędnych na serce i krzywą elektrokardjograficzną był już znany w tym sensie, jak to kol. Hrom przedstawił, a mianowicie pilokarpina i fizostygmina obniżają falę T, adrenalina ją podwyższa.

Fala T u kol. Hroma zmienia się w jednym momencie z chwilą przecięcia nerwu. Takie same doświadczenia mówca przerobił na

psach. Zatruwając je środkami, które porażały jeden lub drugi system wegetatywny, mówca otrzymywał zwiększenie lub zmniejszenie się fali T. Otrzymane wyniki pokrywają się całkowicie z wynikami kol. Hroma.

Kol. Orłowski — czł. Twa. Kol. Hrom, przystępując w II Klinice Wewnętrznej do swej pracy, dobrze wiedział o operacjach na nerwie współczulnym i błędnym. Chodziło o wyjaśnienie, jakie wpływy wywołują te zabiegi w ostrym wagotonizmie lub sympatykotonizmie. Wiedzieliśmy dobrze o pracy kol. Walawskiego i kol. Hrom cytuje ją w swem piśmiennictwie, lecz nie wspominał jej w referacie, gdyż wogóle nie wymieniał nazwisk autorów. Co się tyczy strony klinicznej, kol. Hrom, chociaż przejrzał kilka tysięcy skrawków seryjnych serc królików, nie znalazł zmian anatomicznych. Otrzymane wyniki nie mogą być przeniesione na człowieka, gdyż królik był zdrowem zwierzęciem, a człowiek chory może mieć już zmiany patologiczne. Gdybyśmy uzyskali poważne zmiany histologiczne lub czynnościowe, wtenczas moglibyśmy w przybliżeniu przenieść je na człowieka. Badania te nie tracą przez to na znaczeniu. W czasie badań otrzymaliśmy u królików po usunięciu nerwu błędnego ostry obrzęk płuc. W ten sposób zyskała dowód teorja nerwowego pochodzenia obrzęków płuc. Dotychczas pewnika tego nie mieliśmy.

Kol. Hrom St. — członek Twa, wyjaśnia, że spór Leriche'a i Danielopolu jest mu znany. Autorom tym chodziło o zabieg na zwoju gwiaździstym. Prelegent stosował technikę według wskazówek Gotlera, a mianowicie: odchylał mięśnie szyi aż do naczyń i nerwów dookoła tchawicy, delikatnie oddzielał nerwy błędne i cienki nerw współczulny.

4. Kol. Walawski J. zreferował *„Nową metodę badania czynności serca (dielektrografję)“*.

5. Kol. Zawodziński T. wygłosił odczyt p. t.: *Badania sfigmobolometrem — Sahli — w przypadkach mięśniaków macicy“* (streszczenie własne).

Na zasadzie wyników badań przedsięwziętych w Klinice Ginekologicznej U. W. na 64-ch przypadkach mięśniaków macicy i 38 przypadkach zbadanych dla kontroli Z. dochodzi do następujących wniosków.

1) Porównawcze badanie krążenia przyrządami Pachona i Sahliego, wraz z zastosowaniem próby czynnościowej — w przypadkach mięśniaków z jednej strony, oraz w grupie kontroli — z drugiej, wykazały różnice pomiędzy obydwiema grupami jedynie w wynikach, uzyskanych sfigmobolometrem i w wysokości ciśnienia skurczowego.

2) Badane sfigmobolometrem Sahliego praca i wydajność tętna okazały się większe w przypadkach mięśniaków, niż w przypadkach kontroli, jeśli chodzi o średnie arytmetyczne, wyciągnięte z obydwu rodzajów przypadków.

Rozumieć to należy w ten sposób, że wśród przypadków z mięśniakami częściej zdarza się wzmożona praca tętna, niż w grupie kontroli.

3) Ciśnienie skurczowe jest naogół wyższe i częściej nadmierne u chorych z mięśniakami.

4) Przyczyna wzmożonej pracy tętna nie została wyjaśniona. Nasuwa się przypuszczenie, że objaw ten stoi w związku z nadczynnością hormonalną gruczołu tarczycowego, która skolei może zależeć od wzmożonej produkcji hormonu tyreotropowego przedniego płatu przysadki mózgowej.

5) Czynnościowa próba serca wykazuje nieraz u osób z mięśniakami nieco gorsze wyniki niż w grupie kontroli.

6) Próba czynnościowa, wykonana przyrządem Sahliego, wydaje się czulsza od takiejże próby z zastosowaniem przyrządu Pachona. Za wynik niepomyślny badania sfigmobolometrem uważać należy spadek wszystkich trzech liczb, uzyskiwanych tym przyrządem.

7) Nie udało się stwierdzić znaczniejszej różnicy w powyższych objawach ze strony krążenia po usunięciu operacyjnem omawianych nowotworów.

Powyższe wyniki badań pozwalają stwierdzić, że stan serca i krążenia nietylko nie może być uważany za względne wskazanie do operacyjnego usuwania mięśniaków macicy, ale przeciwnie stanowić może często przeciwwskazanie doń. Zmusza to do pilnego badania wydolności serca przed postawieniem wskazań do operacji.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 8 maja 1934 roku.

1. Kol. Sekretarz Stały odczytuje *wspomnienie pośmiertne po ś. p. Drze Stefanie Sterling-Okuniewskim* (streszczenie własne).

Urodził się 16 sierpnia 1884 r. w Warszawie. Studja początkowe odbył w V gimnazjum w Warszawie, po ukończeniu ich w r. 1902 wstąpił na Wydział Przyrodniczy Uniwersytetu Warszawskiego, skąd w końcu roku 1904 został usunięty za wykroczenia polityczne. Udał się tedy zagranicę i w r. 1908 otrzymał w Uniwersytecie w Zurychu stopień doktora filozofji. W tymże roku zaczął pracować w Oddziale docenta Wł. Janowskiego w szpitalu Dz. Jezus i z przerwami pracował tam do wybuchu wojny w roku 1914. W r. 1910 otrzymał tytuł doktora medycyny w Uniwersytecie Wrocławskim, poczem nostryfikował dyplom w Charkowie.

Poza pracą, we wspomnianym Oddziale spędza w r. 1912 kilka miesięcy w Heidelbergu, w roku 1912—1913 jest pomocnikiem kierownika pracowni serologicznej Warszawskiego Towarzystwa Naukowego, w r. 1914 prowadzi zakład zdrojowy w Druskienikach. W czasie wojny zgórą rok pracuje jako lekarz wojskowy w obozach dla jeńców; prowadzi szpital chorób wewnętrznych, potem zakaźnych, w końcu r. 1915 władze niemieckie posyłają go do Łodzi w celu zorganizowania instytutu bakterjologicznego dla walki z chorobami zakaźnemi. Jako kierownik miejskiej pracowni bakterjologicznej i ordynator szpitala dla chorych zakaźnych pozostaje w Łodzi do 1 sierpnia 1918 r., od początku tego roku prowadzi również przychodnię miejską dla rakowatych. Od 1-go sierpnia obejmuje stanowisko starszego referenta do walki z chorobami zakaźnemi w Ministerstwie Zdrowia Publicznego, na którem to stanowisku pozostaje do początku 1919 r., pełniąc jednocześnie czynności w wojsku, do którego wstąpił 11 listopada 1918 r. w charakterze starszego referenta sekcji szpitalnictwa Departamentu Sanitarnego Min. Spr. Wojskowych. W początkach lipca 1919 rozkazem Ministra Spr. Wojsk. został mianowany szefem sekcji higjeny M. Spr. Wojsk., skąd 16 maja 1920 r. zostaje przeniesiony do Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu do sprawy walki z epidemjami w charakterze inspektora szpitalnictwa na Małopolskę Wschodnią. W połowie sierpnia 1920 r. zostaje na własną prośbę oddany do dyspozycji Departamentu Sanitar., przydzielony do Okręgowego Szpitala Mokotowskiego i odkomenderowany jako starszy ordynator do Szpitala Epidemjologicznego Czerniakowskiego, a z chwilą usamodzielnienia tego szpitala — jako zastępca komendanta. W lutym 1921 r. po likwidacji szpitala Czerniakowskiego, mianowany komendantem Szpitala Wojskowego Nr. 5 w Warszawie, a po zlikwidowaniu go w połowie maja zostaje mianowany referentem higjeny w DOK. I, na tem stanowisku pozostaje do wystąpienia z wojska we wrześniu 1921 r.

Od początku 1922 do 15 stycznia 1923 pracuje jako asystent Szpitala Św. Stanisława, w sezonie 1923 prowadzi zakład zdrojowy w Morszynie, w r. 1923 wstępuje do Kliniki profesora Gluzińskiego, gdzie habilituje się w r. 1924 i rozpoczyna wykłady z kliniki chorób zakaźnych oraz ćwiczenia z tego działu. Poczem w ciągu szeregu lat prowadzi kurs chorób zakaźnych dla lekarzy, urządzany przez Państwową Szkołę Higjeny. W 1927 r. porzuca Klinikę i przechodzi do szpitala szkolnego Szkoły Sanitarnej, gdzie prowadzi pododdział wewnętrzny. Na tem stanowisku pozostawał do końca życia. Tu na zlecenie Wydziału Lekarskiego prowadzi wykłady z kliniki chorób zakaźnych.

W r. 1921 jest założycielem Polskiego Komitetu dla zwalczania raka, przy którym organizuje przychodnię i zakład leczenia radem, w r. 1927 przytułek dla nieuleczalnie chorych mężczyzn przy szpitalu Św. Łazarza, zakłada kwartalnik „Nowotwory“ — „Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka“, który redaguje do śmierci. Od r. 1922 do 1924 jest członkiem zarządu Warsz. Tow. Higienicznego i redaguje miesięcznik „Zdrowie“. W 1925 zakłada dwumiesięcznik „Gruźlicę“, organ Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, którego członkiem zarządu jest do końca 1932 r. W r. 1926 zakłada ambulatorjum w Kolonji Akademickiej przy ul. Grójeckiej. Współpracuje z akademicką Komisją zdrowia przy Bratniej pomocy jako jej protektor. Wreszcie od 1921 do 1926 redaguje wydawnictwa lekarskie „Książnicy-Atlasu“.

Był członkiem Towarzystwa Mikrobiologicznego, Biologicznego, Eugenicznego, Medycyny Społecznej, Higjenicznego i innych, był członkiem redakcji Gruźlicy, Nowotworów, Zdrowia, Lekarza Polskiego i innych, redakcji obcych: *Néoplasme, Index Cancerologiae* i inn., był członkiem korespondentem pism zagranicznych.

Został odznaczony medalem Niepodległości, medalem za wojnę i Dziesięciolecia, francuskim *Médaille d'Honneur*.

Ogłosił drukiem zgórą 130 prac z dziedziny nauk przyrodniczych i lekarskich, w tem część doświadczalnych i pracowniaпych.

Członkiem naszego Towarzystwa był od roku 1919.

Zmarł dnia 19 kwietnia 1934 roku. Cześć Jego pamięci!

2. Kol. Mikułowski Wł., członek T-wa przedstawia i omawia *przypadek ostrego zatrucia kwasem salicylowym u chłopca 11-letniego“* (streszczenie własne). (P. G. L. nr. 38, 1934).

Chłopiec przybywa dnia 4. I. do szpitala spowodu od 2 tygodni trwającego wysiękowego, surowiczego, jałowego zapalenia opłucnej. Leczony salicylanem sodu w dawce 1 g trzy razy dziennie, wykazuje w 11 dniu leczenia nagły zespół objawów mózgowych z utratą przytomności, z podnieceniem szałowem naprzemian ze stanem śpiączkowym, z wymiotami, z anizokorją, z bezwiednem oddawaniem moczu, z bradykardją, hipotonją, z zaburzeniami oddychania. Badanie płynu mózgowego ujemne. Próba z chlorkiem żelaza w moczu wybitnie dodatnia. Na skutek odstawienia leku i przy obfitem podawaniu dwuwęglanu sodu, stan ostrego zatrucia szybko, bo w przeciągu 12 godzin, ustąpił.

Przypadek porusza sporne w piśmiennictwie: 1) zagadnienie na temat realności ostrego zatrucia salicylowego, 2) sprawę rozpoznania różniczkowego stanów konfuzji mózgowej, 3) kwestję pozologji i ordynacji salicylu, 4) zagadkę mechanizmu zatrucia salicylowego, 5) zagadnienie kryterjum odpowiedzialności sądowo-lekarskiej w podobnych przypadkach.

3. Kol. Melanowski, członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: *„Oświetlenie a sprawność narządu wzroku“* (streszczenie własne).

Autor dokonał szeregu badań, dotyczących ostrości wzroku, poczucia barw i pola widzenia w oświetleniu dziennem i sztucznem różnego nasilenia i przyszedł do wniosku, że uznawane dotychczas za dostateczne oświetlenie do pracy precyzyjnej 50 metroświec światła, uważać należy za zupełnie niedostateczne, tem bardziej, że zawsze mówiąc o świetle uwzględniać należy nietylko jego ilość ale i jakość, a więc barwę. Według badań autorów dopiero około 200 luksów światła, zbliżonego barwą do zwykłego światła dziennego, daje dostateczną sprawność wzroku, a więc ostrość wzroku częstokroć ponad 1.5, dobre poczucie barw i prawidłowe pole widzenia. Oświetlenie to nie jest zbyt silne, gdyż stanowi zaledwie 1/5 oświetlenia przeciętnego dziennego. Normy dotychczasowe opierały się przedewszystkiem na nieistotnem i niewystarczającem pojęciu o jednostce ostrości wzroku, mianowicie wprowadzonej przez Snellena, a nie uwzględniały wcale pojęcia o sprawności wzroku, a więc rozpoznawania barw, szybkości rozpoznawania, prawidłowego pola widzenia, olśniewania, zmęczenia i t. p.

Większość pomiarów wykonał autor zapomocą światłomierza Krüssa-Voege'go, który to światłomierz pozwala na badanie barwy światła, spółczynnika odbicia, skupienia światła, i t. p. czynników ważnych dla pomiarów oświetlenia. Prócz tego, część pomiarów była wykonana zapomocą bardzo praktycznego i prostego luksomierza firmy „Osram“. Autor przyznaje, że więcej dokładniejsze i bardziej współczesne byłyby badania zapomocą przyrządów, opartych na zasadzie spektrofotometrji, lub też na zasadzie komórki fotoelektrycznej, ale i dotychczasowe badania autora pozwoliły mu ustalić z całą pewnością, że dolna granica dobrego oświetlenia dla pracy precyzyjnej zaczyna się od 200 luksów. Wykreślenie górnej granicy dobrego oświetlenia będzie wymagało nowych pomiarów i badań.

W dyskusji: Kol. Pożaryski uważa, że oświetlenie, zalecane przez kol. Melanowskiego jest bardzo silne. Normalne oświetlenie wynosi 40 do 50 świec. Dla bardzo drobnych przedmiotów używamy oświetlenia 120 świec. 200 świec jeszcze nie używamy. Może gra tu rolę oszczędność.

Kol. Paszkiewicz zapytuje, czy tak silne oświetlenie nie wpływa ujemnie na wzrok.

Kol. Melanowski: Wszyscy korzystamy z oświetlenia bardzo silnego, jakie stanowi światło dzienne, t. zn. około tysiąca świec, lecz światło dzienne jest idealnie rozproszone. Uważam, że technika nieprędko osiągnie tę największą zaletę światła dziennego. Wszyscy korzystamy z 200 świecowego oświetlenia, bowiem żarówka o 40 woltach na biurku z odległości 30 cm daje właśnie taką siłę światła. Jeśli mocne światło będzie skierowane wprost na nasze oczy, to naturalnie może nam zaszkodzić. 200 świec proponuję do oświetlenia w wyjątkowych przypadkach. Jako minimum światła do pracy uważam żarówkę 40 wolt, ustawioną pod pewnym kątem tak, by dobrze oświetlała przedmiot, a nie raziła w oczy.

4. Kol. Zembrzuski, członek T-wa, zabiera głos *w sprawie wyboru komisji dla uczczenia setnej rocznicy zgonu Jędrzeja Śniadeckiego* (streszczenie własne).

XIV Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu 1933 r. postanowił obchód setnej rocznicy zgonu Jędrzeja Śniadeckiego, która przypada w 1938 r. Zarazem Zjazd powołał Komisję w tym celu, składającą się z przedstawicieli wszystkich wszechnic polskich, przyczem z Warszawy powołani zostali: prof. Kazimierz Białaszewicz, prof. Józef Zawadzki i niżej podpisany. Komisja zajęła się zorganizowaniem Komitetu Obchodu, przytem uznano za pożądane:

1) wydanie dzieł Śniadeckiego w krytycznem opracowaniu,
2) wydanie monografji o Śniadeckim,
3) zorganizowanie wystawy pamiątek,
4) wystawienie pomnika.

Członkowie Komisji postanowili we wszystkich środowiskach uniwersyteckich zwrócić się do zrzeszeń chemicznych, farmaceutycznych, lekarskich, przyrodniczych i weterynaryjnych, o wybór bądź na posiedzeniach publicznych, bądź na posiedzeniach zarządu zrzeszeń, do Komitetu Lokalnego 2-ch osób z każdego zrzeszenia. Jednym z nich ma być przewodniczący każdego z wymienionych towarzystw. Ten przewodniczący wejdzie do Komitetu Głównego obchodu.

Podając powyższe do wiadomości, uprzejmie proszę Pana Prezesa w imieniu Komisji o łaskawe przeprowadzenie w jaknajkrótszym czasie (przed końcem maja r. b.) wyboru w łonie Towarzystwa — 2-ch przedstawicieli do Komitetu Lokalnego (warszawskiego), który w ten sposób składać się będzie z 10 osób, przytem połowa, t. j. 5 prezesów, będzie zarazem delegatami do Komitetu Głównego.

Wynik wyborów zechce Pan Prezes łaskawie przesłać na piśmie pod moim adresem.

5. Kol. Rubinrot omówił: *„Rentgenoterapję białaczki“.*

W dyskusji: Kol. Elektorowicz A., członek. T-wa. Osobiście nie stosował tej metody, ale jak z referatu widać, napromienianie całego ciała jest niebezpieczne ze względów biologicznych.

Działanie promieni Roentgena na ustrój nie jest sprawą znaną zupełnie gruntownie. Sam referent podaje, że w jednym przypadku nastąpiło zejście niepomyślne. Czasem metoda referenta rzeczywiście może przedłużyć życie, ale trzeba zbadać, po jakich dawkach i czy w tych razach nie nastąpiło polepszenie po napromienianiu miejscowem. Wiemy, że naświetlając miejscowo można chorego bardzo długo utrzymać w zdolności do pracy. Przy wypróbowaniu nowej metody należy sobie postawić pytanie, czy istotnie przedłużamy życie chorego i o ile można osiągnąć lepsze wyniki od metod stosowanych dotychczas.

Kol. Galinowski, członek T-wa, nie widział przypadków naświetlania ogólnego. Teoretycznie można się spodziewać dobrych wyników od tej metody, białaczka bowiem jest chorobą ogólną. Pierwszą rzeczą, którą trzeba rozpatrzyć, jest obraz morfologiczny krwi. Czy zmienia się on w zależności od tego rodzaju naświetlań i w jakiej mierze? Czy w przypadku, który zakończył się niepomyślnie dużo było we krwi myeloblastów? Czy nie możnaby na podstawie wyników badania krwi określić jakie przypadki najlepiej nadawałyby się do napromienianiań całego ciała? Aby ustalić fakt, czy się przedłuża życie chorym, trzebaby rozporządzać dużym materjałem.

Kol. Rubinrot: Stosowałem technikę taką samą, jak w napromienianiu miejscowem. Chorych kierowano do mnie dlatego, że napromieniania miejscowe nie dały pożądanego skutku i stan chorych był już beznadziejny. Okazało się, że napromienianie ogólne przynosi chorym pewną ulgę. Napromieniania całego ciała muszą dać inne wyniki, niż miejscowe, gdyż białaczka jest chorobą ogólną. Po napromienianiu śledziony otrzymuje się dobre wyniki, bo śledziona jest największym warsztatem wytwórczym, ale w naświetlaniu ogólnem cały organizm dostaje odpowiedni czynnik leczniczy.

Słusznie zauważył kol. Elektorowicz, że metodę tę trzeba stosować ostrożnie. Jest to metoda nowa, mało dotychczas stosowana i dlatego należy początkowo może brać przypadki tylko bardzo ciężkie, by się przekonać, czy istotnie jest ona w stanie dać coś więcej, gdy inne metody zawodzą. Pomyślna reakcja idzie w parze ze zmianami ogólnemi w obrazie chorobowym; w związku ze spadkiem liczby białych ciałek krwi następuje poprawa, spostrzegałem przypadki, że komórki młodociane nie reagują wcale na napromienianie.

6. Kol. Fliederbaum wygłosił odczyt p. t.: *„Badania doświadczalne nad ilością wody krążącej“.* (Doniesienie I. Metoda oznaczania ilości wody krążącej. Doniesienie II. Badania wstępne. Doniesienie III. Wpływ środków sercowych, naczyniowych i moczopędnych na ilość wody krążącej. Doniesienie IV. Wpływ środków pobudzających i porażających układy współczulny oraz przywspółczulny na ilość wody krążącej). Streszczenie własne).

1°. Metoda oznaczania ilości wody, krążącej w naczyniach krwionośnych, składa się z 2 czynności: 1) z określenia ilości osocza krążącego metodą barwikową — czerwienią kongo i 2) z określenia odsetkowej zawartości wody w próbce osocza pobranego. Znając te 2 liczby, łatwo obliczyć ilość wody krążącej. Badania wykonano na psach w t. zw. warunkach spoczynkowej przemiany materji.

2°. W badaniach wstępnych stwierdzono: 1) że w 3—4 min. po wstrzyknięciu dożylnem, czerwień kongo znajduje się w całym krwiobiegu psa, równomiernie z krwią zmieszaną, 2) że jeszcze w 6—8 min. po wstrzyknięciu stężenie barwika we krwi

jest to samo, co w 3—4 min. po wstrzyknięciu, 3) że ilość wody krążącej (i. w. k.) we krwi tętniczej i żylnej jest ta sama, 4) że i. w. k. jest liczbą stałą dla danego psa, 5) że i. w. k. na kilo wagi waha się u poszczególnych psów od 31 do 43 cm^3, 6) że i. w. k. wzrasta w pozycji przymusowej nawznak, 7) że niepokój psychiczny i ruchowy zwiększają i. w. k., 8) że przyjęcie do wewnątrz zarówno dużych, jak i małych ilości wody już w 20 minut po wypiciu płynów zwiększają i. w. k., 9) że niedokrwistość, wywołana codziennemi upustami małych ilości krwi, nie zmienia i. w. k., 10) że jednorazowy większy upust, po przelotnem zmniejszeniu, zwiększa i. w. k., która powraca do liczby pierwotnej w 3 dni po upuście, 11) że z płynów anizotonicznych — hipertoniczne po wstrzyknięciu dożylnem zwiększają, hipotoniczne zmniejszają i. w. k., 12) że kwasica salmiakowa zmniejsza, natomiast alkaloza po sodzie nie zmienia i. w. k. i 13) że środki usypiające, jak chloral, morfina i eter, zmniejszają i. w. k.

3°. W badaniach nad wpływem środków sercowych, naczyniowych i moczopędnych na i. w. k. stwierdzono, że 1) strofantyna zmniejsza i. w. k., 2) naparstnica jednolitego wpływu nie wywiera, 3) grupa kamfory zwiększa i. w. k.. 4) eufilina początkowo zmniejsza, później zwiększa i. w. k., 5) organiczne związki rtęci zwiększają i. w. k. i 6) mocznik zmniejsza i. w. k.

4°. W badaniach nad wpływem środków pobudzających i porażających układy współczulny i przywspółczulny oraz nad wpływem podobnie działających jonów stwierdzono, że adrenalina. efetonina, efedryna, atropina i wapń zwiększają i. w. k., która zmniejsza się po wstrzyknięciu gynergenu, pilokarpiny, histaminy i potasu.

W dyskusji: Kol. W ę g i e r k o J. R., członek T-wa. Wprowadzenie pojęcia wody krążącej bezwzględnie posiada dużą wartość, gdyż pozwala wniknąć głębiej w istotę diurezy. Fliederbaum powiedział, że adrenalina zwiększa ilość wody krążącej, badania Reicherówny wykazały zjawiska do pewnego stopnia inne. W takim razie zmienia się stosunek osocza do krwinek i może z tego powodu adrenalina nie prowadzi do diurezy nerkowej. Bezwzględna ilość wody zwiększa się a nie następuje zagęszczenie krwi. Słowem mamy tutaj pewną rozbieżność. Wprowadzając pojęcie wody krążącej należałoby badania te przeprowadzić w klinice. Ciekawe jest, jak woda przesuwa się z tkanek do krwi, jak się zachowują w tym przypadku tarczyca, wątroba, śledziona i t. d.

Kol. A p f e l b a u m: Od ilości wody krążącej zależy ilość krwi krążącej. Pojęcia te są różne i mają swoje znaczenie kliniczne. Ustrój magazynuje nietylko wodę ale i odpowiednią ilość soli. Czy zwiększenie wody we krwi poprzedzało diurezę? Badania kol. F l i e d e r b a u m a mogłyby rzucić pewne światło na to zagadnienie. Ilość wody krążącej może mówić o zapasach wody. Zdaje się, że adrenalina może działać nietylko za pośrednictwem układu nerwowego. Możliwe, iż adrenalina działając na cały bilans cukrowy wpływa na powiększenie ilości wody.

Kol. S z o k a l s k i, członek T-wa, uważa, że prelegent nie uwzględnił jeszcze jednego czynnika, wpływającego na gospodarkę wodną ustroju, mianowicie ilości białka we krwi. Np. w nerczycach hipoproteinemja stoi w związku z obrzękami. Odróżnienia ostrej gruźlicy od przewlekłej uzależnia się od znikania lub powiększania pęcherzyków, powstałych po doskórnem wstrzyknięciu hipertonicznych rozczynów soli kuchennej. Organizm zdrowy wsysa te rozczyny powoli; u chorych z czynną gruźlicą pęcherzyki powiększają się. Każda czynna gruźlica przebiega z zaburzeniami w gospodarce wodnej wskutek wzmożonego rozpadu białka, który prowadzi do nagromadzenia wody w tkankach.

Kol. G l a s s uważa, że doświadczenia kol. Fliederbauma są ciekawe, gdyż po raz pierwszy uwzględniły ilość wody krążącej. W danym przypadku można mówić tylko o ilości wody krążącej w osoczu z tego powodu, że referent nie uwzględnił ilości wody w krwinkach, która wynosi około 50% objętości krwinek. Metoda kol. Fliederbauma uwzględnia zawartość wody, która wynosi około 98%, a jeśli zawartość jej w osoczu zmienia się o 4 do 5% to jest już duże zaburzenie. Z tego względu staje się zrozumiałem, że wyniki uzyskane przez referenta są bardzo zbliżone do tych, które otrzymano, badając ilość osocza krążącego.

Kol. F i d l e r A., członek T-wa: Zdaje mi się, że rozpatrując wyniki, które podał Kol. Fliederbaum, trzeba się zastanowić nad metodą, zapomocą której otrzymał on te wyniki. Odnoszę wrażenie, że problem ten jest nierozwiązalny, a to dlatego, że metody, któremi się pracuje, zgóry skazane są na niepowodzenie, naprzykład po wstrzyknięciu czerwieni kongo ilość barwika w surowicy wzrasta do pewnego poziomu, potem spada. Spadek ten spowodowany jest czynnością układu siateczkowo-śródbłonkowego. Oznaczając ilość wody krążącej możemy się milcząco umówić, że układ siateczkowo-śródbłonkowy zawsze posiada pewną tę samą funkcję. Następnie mówca przypomina doświadczenia nad wpływem pilokarpiny i atropiny na u. ś. s.

Kol. F l i e d e r b a u m wyjaśnia, że w zasadzie należałoby mówić o ilości wody krążącej w osoczu. Nie będzie jednak wielkich odchyleń od prawdy, jeśli powie się o ilości wody krążącej we krwi. Metody, któremi pracował, były sprawdzane i wypróbowane.

Sekretarz Doroczny: *Aleksander Pruszczyński.*
Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

P r o t o k ó ł z e b r a n i a n a u k o w e g o oraz O g ó l n e g o N a d z w y c z a j n e g o Z e b r a n i a z dnia 20 września 1933 r.

I. Prezes Kol. S u c h o d o l s k i, zagajając zebranie, wspomina o śmierci ś. p. Prof. Dr. Adama Karwowskiego, którego pamięć uczczono przez powstanie.

II. Kol. N a s i ł o w s k i: *Pokaz chłopca 7½ letniego z gruźlicą naciekowo-rozpadową w lewem górnem płucu (caverna).* W plwocinie prątki. Objawy fizykalne, rentgen. Stosownie do wskazań dziecko skierowano na oddział odmy sztucznej. Matka, akuszerka, nie zgadza się na umieszczenie dziecka w szpitalu.

Mówca, analizując psychikę matek i genezę przykrych wrażeń ze szpitala, gdzie się znajdują ciężko chorzy dorośli, przychodzi do wniosku o konieczności tworzenia specjalnych oddziałów odmowych dla dzieci (podobnie jak i specjalnych szpitali dziecięcych).

III. Kol. M. T r a w i ń s k i: 1) *pokazuje pacjenta lat 69, w 4 miesiące po wyłuszczeniu gruczołu kroczowego spowodu przerostu.* Operacja odbyła się w dwa tempa po uprzedniem starannem przygotowaniu chorego ogólnem i miejscowem. Przed operacją miał oddawna ciężkie zaburzenia moczowe z dużem zaleganiem i t. d. Obecnie doskonale poprawił się, przytył, mocz oddaje swobodnie (czysty), żadnych zaburzeń nie ma, pracuje.

2) *Pokazuje 2 chore w ½ roku i 1 rok po operacji spowodu wypadania odbytnicy.* W obu przypadkach wypadanie było duże i trwało oddawna. Druga z tych chorych była już 4-ro krotnie operowana oddołu i przez brzuch.

W obu przypadkach, po uprzedniem dłuższem przygotowaniu, zastosował zabieg najprostszy — wszczepienie taśmy do zwieracza odbytu, wyciętej z szerokiej powięzi uda. W przypadku drugim ta taśma okazała się zbyt wiotką, wobec tego wszczepił grubą nić jedwabną.

Przeszczepy przyjęły się dobrze. Wynik operacyjny wydaje się być trwałym (aczkolwiek pewne zastrzeżenia w tym względzie trzeba jeszcze mieć).

W dyskusji zabierali głos Kol. Kol. B i e ń k o w s k i, I n g s t e r, L i p s k i, B a r t k i e w i c z, który mówi o etjologji wypadania odbytnicy oraz sposobach operacji.

IV. Kol. M. T r a w i ń s k i: podaje *przyczynki do leczenia operacyjnego złamań* pokazując dwu chorych. 1) Chorego, u którego przed pół rokiem dokonał krwawego nastawienia złamania obu kości podudzia tuż powyżej kostek z bardzo znacznem przemieszczeniem w bok.

Wyzyskując zazębienia kostne, można było obejść się bez jakiegokolwiek materjału do szwu kostnego. Nastawienie dało się zrobić tak dokładnie. że obecnie na kontrolnych zdjęciach ledwo widać miejsce dawnego złamania. Wynik ostateczny doskonały z pełną ruchomością w stawie skokowym.

2) 16 letniego chłopca w 7 miesięcy po złamaniu obu kości podudzia ze znacznem przemieszczeniem. W przypadku tym zastosował szew kostny zapomocą grubej nici katgutowej. Nastąpił zrost w doskonałem ustawieniu i całkowity powrót do normy (zdjęcia rentg.).

V. Kol. B i e ń k o w s k i: pokazuje *przypadek kilowego zapalenia stawu kolanowego u 21-letniej dziewczyny.* Wywiadów rodzinnych zebrać się nie dało. W 7-ym roku życia chora i otoczenie zauważyli zmianę kształtu nosa po urazie wskutek upadku z drabiny; w dalszym przebiegu nos przybrał kształt typowo siodełkowaty. W 12-ym roku przechodziła zapalenie rogówek, prawdopodobnie ***keratitis parenchymatosa,*** o czem świadczą liczne blizny na rogówkach.

Obecna choroba datuje się od 4-ch miesięcy i dotyczy kolana lewego, które stało się grubsze i zniekształcone na skutek wypełnienia płynem wysiękowym barwy bursztynowej oraz na skutek zgrubienia kostnego kłykcia zewnętrznego.

Ruchy w kolanie pozostały nienaruszone, niebolesne; zaników mięśniowych niema. W tym przypadku uderza: 1) niestosunek zmian przedmiotowych z podmiotowemi i 2) niestosunek zmian anatomicznych z czynnościowemi. Bardzo znamiennem jest bada-

nie rentgenologiczne, wykazujące połowiczne zajęcie stawu z jasną niezmienioną szparą stawową. Są to przedewszystkiem zmiany odokostnowe rozrostowe (wyglądają jak zastygła piana). Obok tego cały kłykieć zewnętrzny plamisto odwapniony.

Badanie neurologiczne — ujemne; WR. krwi i płynu z kolana wybitnie dodatni.

Chorą poddano leczeniu swoistemu. Kolano opróżniono, a kończynę unieruchomiono.

VI. Prezes Kol. Suchodolski zagaja Nadzwyczajne Ogólne Zebranie w sprawie wyboru delegata od Towarzystwa Lekarskiego do Rady Lekarskiej przy Naczelnym Lekarzu Kasy Chorych w Sosnowcu, poczem dokonano wyboru Kol. Z. Kotarskiego (17 głosów).

VII. Kol. Nasiłowski wygłosił odczyt — *„XIV Zjazd lekarzy i przyrodników łącznie z IV Zjazdem lekarzy słowiańskich — ze specjalnem uwzględnieniem sekcji pedjatrycznej"*.

Prezes: (—) Dr. *K. Suchodolski.*
Sekretarz: (—) Dr. *F. Sztuka.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Prof. F. Chwostek obchodził 70-cioletnią rocznicę urodzin.

Zmarli.

Dr. Leon Magiera zmarł tragiczną śmiercią w Katowicach w wieku 47 lat.

Dr. Grzegorz Fr. Drozdowicz rentgenolog, właściciel zakładu rentgenologicznego, zmarł w Warszawie d. 7. grudnia b. r., w wieku 62 lat.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

XV Zebranie Wydz. Lek. T. P. N. wspólnie z Polsk. Tow. Pedj. w Poznaniu odbyło się dnia 14 grudnia 1934 r. 1. Komunikaty Zarządu. 2. Pokazy. 3. Dr. B. Hanasz: Zupełny blok serca (z pokazem 2 chorych, elektrokardjogramów i fonokardjogramów). 4. Dr. E. Piasecka-Zeylandowa i Dr. W. Sznajder: O częstości zakażenia prątkiem bydlęcym u chorych w szpitalach poznańskich.

Posiedzenie Naukowe Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się dnia 11 grudnia 1934 r. 1. Campioni-Manteuffel B.: Przypadek mnogich łagodnych nowotworów. 2. Łukaszczyk Fr.: Demonstracje zdjęć fotograficznych i rentgenowskich przypadków leczonych w Instytucie Radowym im. Marji Skłodowskiej-Curie. 3. Łapiński T.: Zaburzenia psychiczne w padaczce.

Międzynarodowy Kongres walki z nieszczęśliwemi wypadkami i schorzeniami zawodowemi odbędzie się w Brukseli w r. 1935. Informacje: Dr. Leo Dejardin, Bruxelles, rue de Commerce, 23.

W dniach 14, 15 i 16 września 1935 odbędzie się we Francji Kongres skazy moczanowej i k. moczowego.

W lutym — marcu r. 1935 odbędzie się w Moskwie I Sowiecka Konferencja Endokrynologów. Tematy programowe: 1. Problem wola. 2. Problem lizato- i uroterapji. 3. Problem zaburzeń dokrewno-wegetatywnych. 4. Sprawy produkcji preparatów organoterapeutycznych.

Medycyna społeczna.

Udział Lwowskiej Ubezp. Społ. w akcji profilaktycznej i propagandowej. Mimo ciężkich warunków finansowych i borykania się z dużemi trudnościami w związku z reorganizacją, nie zaniedbała Dyrekcja Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie akcji zapobiegawczej. Na terenie całego miasta Lwowa zorganizowano i przeprowadzono cykl odczytów na temat chorób społecznych. Odczyty ilustrowane licznemi kolorowemi przeźroczami wygłosił Dr. Rudolf Stenzel, prowadzący tę akcję z dużem doświadczeniem i zamiłowaniem. Aparat projekcyjny wypożyczyło bezinteresownie Prezydjum Polskiej Ligi Przeciwalkoholowej. Dotychczas przeprowadzono akcję propagandową oraz odczyty na terenie następujących warstatów pracy: Fabryka kart „Karpalit", Fabryka Wyrobów Papier. Jaegera, Fabryka Państw. Monopolu Spirytus., Garbarnia „Tanzer", Rzeźnia Miejska, Miejski Zakład Czyszczenia Miasta. W dużych witrynach wystawowych budynku Ubezpieczalni Społecznej przy ul. Fredry urządzono wystawę propagandową, posługując się eksponatami wypożyczonemi z Polskiego Towarzystwa Higjenicznego, które przeważnie są własnością b. Okręgowego Związku Kas Chorych we Lwowie (obecnie Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby). We wszystkich poczekalniach lekarskich oraz biur administr. przy ul. Szpitalnej 1, rozwieszono liczne tablice i wykresy propagandowe z różnych dziedzin chorób społecznych, łącznie z zawodowemi. W miesiącu grudniu, który w całem Państwie będzie poświęcony akcji przeciwgruźliczej, przeprowadzoną zostanie przez Ubezpieczalnię Społeczną propaganda w tej doniosłej dziedzinie. Uliczna Wystawa Przeciwgruźlicza na rogu ul. Batorego i ul. Fredry w witrynach wystawowych jest już otwartą. Wszystkie eksponaty z zakresu walki z alkoholizmem zostały zmienione na eksponaty z dziedziny walki z gruźlicą. W okresie większego nasilenia epidemji czerwonki w pow. lwowskim przystąpiła Ubezpieczalnia Społ. we Lwowie do współpracy z władzami państwowemi administracji sanit. w jej zwalczaniu. W szeregu gmin przeprowadzono masowe szczepienia ochronne, wysyłając na miejsce swego lekarza i udzielając szczepionek i materjałów niezbędnych do przeprowadzenia szczepień.

Różne.

Z kraju.

O materjały o Pasteurze w Polsce. Za pośrednictwem „Tow. Przyjaciół Polski" w Paryżu zwraca się do nas prezes „Tow. Domu Rodzinnego Pasteura" w Dôle (we Francji) z nast. sprawą: W domu, w którym urodził się Pasteur, utworzono muzeum, zbierając pamiątki i materjały, dotyczące życia i pracy badacza, rozsiane po całym świecie. Muzeum nie posiada żadnych danych z Polski. Pragnąc zaś utworzyć specjalną sekcję polską, za naszem pośrednictwem proszą miarodajne jednostki w Polsce o dostarczenie broszur, dzieł, sprawozdań czy programów z uroczystości na cześć Pasteura, z inauguracyj, przyjęć, zebrań; afisze, okólniki, zaproszenia, karty wstępu i t. p.; teksty przemówień, fotografje, prace szkolne i uniwersyteckie, przeglądy pedagogiczne (traktujące o Pasteurze), opisujące jego wynalazki, biografje, w oryginale czy przekłady z francuskiego na polski — jednem słowem wszystko, co odnosi się do sylwetki tego wielkiego uczonego. Muzeum to odwiedzane jest w ciągu roku przez tysiące turystów i uczonych wszystkich narodowości; w r. ub. zdarzało się zanotować 100 gości w ciągu dnia. Pożyteczną więc rzeczą byłoby podać tu i uwiecznić dorobek Polski w spuściźnie Pasteura, prace uczonych i badaczów polskich. Zapewne bez trudu uda się polskim przyjaciołom i admiratorom uczonego o sławie światowej, znaleźć pisma z artykułami o stuleciu Pasteura (grudzień 1922 — maj 1923) przypominającemi jego dorobek w zakresie medycyny, chirurgji, weterynarji, chemji, przyrody, browarnictwa i t. p. Gdyby ktoś z naszych czytelników pragnął zapisać się na członka wspomnianego powyżej towarzystwa, lub mógł udzielić jakichś wskazówek, może zwrócić się wprost pod adresem: M. A. Ventard, Professeur au Collège, President de la Société des „Amis de la Maison Natale de Pasteur" (Reconnue d'Utilité Publique), 11, Avenue de la Gare — Dôle (Jura), bądź do „Les Amis de la Pologne", 16 rue de l'Abbé de l'Epée, Paris (5-e). (I. K. C. 24. XI. 1934).

Francja.

Niedawno zmarły dr. Cadiot, były dyrektor Szkoły Weterynaryjnej w Alfort, były przewodniczący Akademji Medycyny zapisał w testamencie miljon franków na Akademję Medycyny.

Włochy.

Prof. dr. Prassitele Piccinini przekazał Królewskiej Akademji Włoskiej na cele nowej ekspedycji naukowej sumę 100.000 lirów. (Santo Vanasia).

V. Kongres Medycyny i Higjeny tropikalnej odbył się z początkiem września b. r. w Neapolu, pod przewodnictwem prof. Aldo Castellani'ego dyrektora Instytutu Higjeny Tropikalnej w Rzymie i prof. Giovanni Castronuovo z Neapolu. Między innemi omawiano blastomykozy i gorączki wysypkowe. (Santo Vanasia).

Prof. Filippo Bottazzi na posiedzeniu Królewskiej Akademji Włoskiej poddał ostrej krytyce wyniki terapji siarką (ogł. w Il Morgagni, nr. 30), opierając się na swoich licznych doświadczeniach. (Santo Vanasia).

Z okazji świąt Bożego Narodzenia odbędzie się w dniu 24 grudnia b. r. „Dzień Matki i Dziecka".

D a n j a.

Odsetek śmiertelności na gruźlicę w Danji, który wynosił w r. 1890 na 10,000 mieszk. — 30, obecnie spadł do 7.5.

J u g o s ł a w j a.

Ostatnio zjawiły się na rynku lekarstwa japońskie po cenach o 40% niższych od cen firm europejskich.

Komunikaty.

K u r s r o z p o z n a w c z o - l e c z n i c z y i o p e r a c y j n y z o t o - r y n o - l a r y n g o l o g j i dla lekarzy od 17. VI. do 30. VI. 35 r. w Klinice Oto-laryngologicznej U. P. Fredry 7. pod kierunkiem Prof. Dra. A. Laskiewicza ze współudziałem P. Doc. Dra Krotoskiego (chirurgja), Dra Warpechowskiego (neurologja), oraz asystentów Kliniki Oto-laryngologicznej U. P. Drów Iwaszkiewicza, Zakrzewskiego, Małeckiego i Rafińskiego (anatomja).

17. VI. 9—11. Repetytorjum z anatomji i fizjologji nosa, jam bocznych i gardła. Prof. Laskiewicz. — 11,20—13. Anatomja topograficzna nerwów czaszkowych jako wstęp do znieczulania przewodowego w oto-ryno-laryngologji. Tenże. — 15,30—17. Repetytorjum z patologji nosa, jam bocznych i gardła z uwzględnieniem terapji. Tenże. — 17—18. Doc. Dr. Krotoski: transfuzja krwi i jej znaczenie w oto-rynolaryngologji. — 18—19,30. Prof. Dr. Laskiewicz: znieczulanie miejscowe i przewodowe w rynologji.

18. VI. 8,30—10,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Laskiewicz. — 10,30—13. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapja szczegółowa chorób nosa, uszu, gardła i krtani na przypadkach). Tenże. — 15—16,30. Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: znieczulanie przewodowe w rynologji, operacje plastyczne i korektury nosa. Tenże wspólnie z asyst. lek. R. Rafińskim. Zakład Anatomji Opisowej U. P. ul. Heljodora Święcickiego. — 16,30—17,30. Doc. Dr. Krotoski: schorzenia śródpiersia w związku ze sprawami chorobowemi gardła i przełyku oraz sposoby ich leczenia operacyjnego. Klinika Oto-lar. U. P. — 17,30—19. Dr. Iwaszkiewicz: powikłania oczne i oczodołowe w ostrych i przewlekłych ropnych zapaleniach jam bocznych nosa.

19. VI. 8,30—10,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Laskiewicz. Sala operacyjna. — 10,30—13. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapja szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże. — 15,30—17,30. Kurs operacyjny z ćwiczeniami na zwłokach: operacje doszczętne jam bocznych nosa, operacja transmaksylonazalna Moure'a. Tenże wspólnie z asystentem Rafińskim. (Zakład Anatomji Opisowej U. P.). — 17,30—19. Dr. Małecki: zmiany morfologiczne i chemiczne we krwi w niektórych schorzeniach ostrych i przewlekłych nosa, gardła i uszu.

20. VI. 9,30—11,30. Repetytorjum z anatomji i fizjologji narządu słuchowego i statycznego. Prof. Laskiewicz.

21. VI. 8,30—10,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Laskiewicz. Sala operacyjna. — 10,30—13. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapja szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże. — 15—16,30. Kurs operacyjny wraz z ćwiczeniami na zwłokach: znieczulanie miejscowe w otjatrji, antrotomja i operacja doszczętna. Tenże wspólnie z asystentem Rafińskim. (Zakład Anatomji Opisowej U. P.). — 16,30—18,30. Repetytorjum z anatomji i fizjologji krtani — badanie stroboskopem. Prof. Laskiewicz. — 18,30—20. Badanie słuchu. Tenże wspólnie z Drem Zakrzewskim.

22. VI. 9—11. Zabiegi operacyjne mniejsze: mukotomja, eperotomja, wycięcie podśluzowe przegrody nosa, przekłucie próbne jamy szczękowej, endonazalne otwarcie jam bocznych nosa. Prof. Laskiewicz. — 11,30—12,30. Wizyty na salach chorych, omówienie przypadków leżących i leczenia pooperacyjnego. Tenże. — 15,30—17. Diatermja, elektrokoagulacja i fototerapja w oto-ryno-laryngologji. Prof. Laskiewicz wspólnie z Drem Zakrzewskim. — 17—18,30. Dr. Iwaszkiewicz: zespół toksyczno - uszno - jelitowy u dzieci 18,30—19,30. Prof. Laskiewicz wspólnie z Drem Zakrzewskim: rentgenodiagnostyka schorzeń jam bocznych nosa.

24. VI. 8,30—10,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Laskiewicz. — 10,30—13. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapja szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże. 15—16. Kurs operacyjny wraz z ćwiczeniami na zwłokach: operacje błędnikowe, odsłonięcie opuszki żyły jarzmowej, podwiązanie żyły jarzmowej oraz tętnic: językowej, szyjnej zewnętrznej i wewnętrznej. Tenże wspólnie z asystentem Rafińskim. (Zakład Anatomji Opisowej U. P.). — 16,30—18. Badanie narządu statycznego. Prof. Laskiewicz wspólnie z Drem Zakrzewskim. — 18—19.30. Dr. Warpechowski. Powikłania wewnątrzczaszkowe pochodzenia usznego, guzy mózgu i móżdżku w szczególności w związku z nerwem VIII-ym ze stanowiska neurologji.

25. VI. 8,30—10,30. Pokazy zabiegów operacyjnych ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Laskiewicz. Sala operacyjna. — 10,30—13. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapja szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże. — 15—17. Kurs operacyjny wraz z ćwiczeniami na zwłokach: tracheotomja laryngofissura. oesophagotomia externa. Tenże wspólnie z asystentem Rafińskim. (Zakład Anatomji Opisowej U. P.). — 17—18. Doc. Dr. Krotoski. Schorzenia tarczycy ze szczególnem uwzględnieniem zmian chorobowych występujących w związku z niemi w krtani i tchawicy. Klinika Oto-laryngologiczna. — 18,30—19,30. Pokaz filmu badania narządu statycznego.

26. VI. 8—11. Zabiegi operacyjne mniejsze: adenotomja, tonsilektomja modo Sluder i Portmann. Prof. Laskiewicz. — 11—12.30. Badanie chorych przychodnich (diagnostyka i terapja szczegółowa chorób nosa, gardła, krtani i uszu na przypadkach). Tenże. 15,30—17,30. Tracheobronchoskopja. Technika wydobywania ciał obcych z oskrzeli z ćwiczeniami na psach. Prof. Laskiewicz. Klinika. — 17,30—19. Endoskopja gardła dolnego i przełyku z ćwiczeniami na psach. Tenże. — 19—20. Nowotwory krtani i sposoby ich leczenia. Tenże.

27. VI. 8,30—10,30. Pokazy operacyjne ze szczegółowem omówieniem wskazań i techniki. Prof. Laskiewicz. Sala operacyjna. — 10,30—13. Badanie chorych przychodnich z uwzględnieniem terapji zmian specyficznych w krtani (tbc., lues) na przypadkach. Tenże. 15,30—17,30. Tracheo-broncho-ezofagoskopja z ćwiczeniami na psach. Tenże. — 17,30—19. Dr. Warpechowski. Diagnostyka i terapja zapaleń opon mózgowych pochodzenia usznego.

28. VI. 9—11,30. Zabiegi operacyjne mniejsze: gardło, krtań ze szczególnem uwzględnieniem leczenia przewlekłych zwężeń krtani. — 11,30—13. Wizyty na salach chorych, omówienie przypadków leżących i leczenia pooperacyjnego. — 15,30—17. Dr. Iwaszkiewicz. Klasyfikacja wad mowy i głosu. — 17—18,30. Dr. Małecki. Zagadnienia endokrynologji w oto-ryngo-laryngologji. — 18,30—19,30. Prof. Laskiewicz. Stany posocznicowe pochodzenia ogniskowego z górnych dróg oddechowych.

29. VI. 9,30—10,30. Dr. Małecki. Problem alergji i anafilaksji w oto-ryno-laryngologji. Zamknięcie kursu.

Opłata za kurs wynosi 60 zł. którą wraz ze zgłoszeniem uprasza się przesłać na ręce Prof. Dra Alfreda Laskiewicza, Poznań, Fredry 7. Ze względu na koszty połączone z organizacją kurs może się odbyć przy najmniejszej liczbie 5-ciu uczestników.

Sprostowanie.

W nr. 50 P. G. L. na stronie 938 w artykule dr. Dunin-Horkawiczowej 3. wiersz od góry ma być (1:400—2400).

W protokole Lwowskiego Tow. Lekarskiego, w przemówieniu kol. Pischa w nr. 51 P. G. L. str. 964 wydrukowano mylnie „masy" zamiast „klasy" społeczeństwa co niniejszem prostujemy.

Redakcja otrzymała.

M. Boigey: La cure d'exercise. Wyd. Masson et Cie. Paryż. 1934.

R. Broca et J. Marie: L'année pédiatrique. Wyd. Masson et Cie. Paryż. 1934.

M. Villaret, L. Justin-Bezançon et R. Cachera: Recherches expérimentales sur quelques esters de la choline. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1934.

Branca et Verne: Précis d'histologie. Wyd. Masson et Cie. Paryż. 1934.

F. H. Martin: Fifty years of medicine and surgery. Wyd. The Surgical Publishing Company. Chicago 1934.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—

zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.